UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARISSA SILVA DE OLIVEIRA

**As complicações precoces e tardias e a demarcação
de estoma intestinal**

Ribeirão Preto

2014

MARISSA SILVA DE OLIVEIRA

**As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma
intestinal**

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

Orientadora: Profa. Dra. 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 e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Marissa Silva de

As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal. Ribeirão Preto, 2014.

67 p. :il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Helena Megumi Sonobe.

1. Estomia. 2. Cirurgia Colorretal. 3. Complicações Pós-Operatórias. 4. Demarcação pré-operatória. 5. Enfermagem perioperatória.

OLIVEIRA, MARISSA SILVA DE

As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal.

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

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Helena Megumi Sonobe

Instituição: EERP-USP

Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura_____

Esta Dissertação de Mestrado foi subvencionada pelo Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

DEDICATÓRIA

À toda as pessoas com estomias intestinais, exemplos de coragem, serenidade e fé. Durante os anos de convivência com vocês, aprendi coisas que professor nenhum poderia ensinar e espero que este estudo sirva como uma pequena retribuição por estes ensinamentos compartilhados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos e graças concedidas durante toda minha vida. Em especial, por ter me escolhido para ser enfermeira, profissão que eu amo e que me faz feliz.

Aos meus pais, pela educação, incentivo, paciência e amor incondicional. Não existem palavras no mundo suficientes para demonstrar meu agradecimento por todos esses anos de dedicação e carinho. Amo muito vocês!

Às minhas avós, pela imensidão de amor e preocupação que vocês tem comigo. Também amo vocês imensamente.

Ao meu irmão: Brotha, jerk, meu melhor amigo. Irmãos são os melhores presentes que os pais dão aos seus filhos. Você é demais! Estamos juntos, sempre.

À toda equipe do 10º andar: Obrigado por abrirem as portas desta unidade tão especial e que tanto contribuiu para minha formação humana e profissional. Sempre fui tratada como parte desta equipe e é assim que eu me sinto.

À toda equipe do Serviço de Arquivo Médico do HCRP (SAME) pelo auxílio e presteza durante minha coleta de dados. Em especial, agradeço à Guta, ao Henrique, à Carmen, à Junia... pelas “quebradas de galho” diante de tantos percalços que envolveram minha coleta.

Aos parceiros do grupo de extensão, em especial, àquelas que também posso chamar de amigas: Ludmilla, Nariman, Lívia, Talita e Flávia, por todas as experiências compartilhadas e palavras de incentivo proferidas.

Aos amigos da graduação e do Colégio Auxiliadora, por todos os momentos de amizade, pelas palavras de apoio nos momentos em que pensei em desistir e por aguentarem minhas reclamações infundáveis. Vocês tornaram minha pós-graduação um pouco mais leve!

Ao Jonas Bodini Alonso, pela grande contribuição para o desenvolvimento deste estudo através das consultorias estatísticas.

À Profª Drª Carina Marosti Dessote, pelos esclarecimentos, reflexões e auxílio na montagem do banco de dados, além do carinho e incentivo durante os períodos de convivência.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, **Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe**, pela confiança, paciência e ensinamentos valiosos em todos esses anos de convivência. Agradeço por compartilhar não só sua sabedoria profissional, mas também seus conselhos pessoais e amizade.

“Como bons administradores da multiforme graça de Deus, cada um coloque à disposição dos outros o dom que recebeu.” (1 Pedro 4, 10)

RESUMO

OLIVEIRA, M.S. **As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal**. 2014. 67 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

As complicações de estoma e de pele periestoma comprometem a vida dos estomizados intestinais na realização do autocuidado e na sua reabilitação, e a demarcação de estoma pré-operatória tem sido considerada importante na prevenção destas. Este estudo teve como objetivo descrever as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais demarcados e não demarcados, submetidos ao tratamento cirúrgico no ano de 2009, em um hospital universitário de ensino público (CEP/EERP-USP 341.314). Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de levantamento de 70 prontuários de pacientes demarcados e não demarcados, submetidos ao tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal, no ano de 2009. Do total de 70 (100%) analisados, verificamos que 37 (52,9%) pertenciam ao sexo feminino e 33 (47,1%) masculino. Houve predomínio de 31 (44,3%) sem comorbidades, diagnóstico oncológico 46 (65,8%), 54 (77,1%) nunca haviam sido submetidos às cirurgias intestinais prévias, 56 (80%) cirurgias eletivas e 40 (57,1%) registros de tratamentos adjuvantes. Em relação ao tipo de estoma predominou 46 (65,7%) colostomias e 31 (44,3%) estomas definitivos. Do total, 33 (47,1%) foram demarcados no pré-operatório e 37 (52,9%) não. Em relação às complicações de estoma, no G1 Demarcados identificamos 15 complicações, sendo a hérnia periestoma a mais frequente em quatro (12,1%) pacientes. No G2 Não demarcados obtivemos 32 complicações, sendo a dermatite a mais frequente seis (16,1%) pacientes. Entre os 70 prontuários, as complicações mais registradas foram a dermatite 9 (12,9%), a hérnia periestoma 8 (11,4%), mau funcionamento do estoma 5 (7,1%), prolapso 4 (5,7%), sangramento 4 (5,7%) e extravasamento 4 (5,7%). Diante disso, estudos prospectivos controlados sobre os fatores de risco e a influência da demarcação de estoma pré-operatória poderão contribuir para a prevenção destas complicações em estomizados intestinais.

Descritores: Estomia. Cirurgia Colorretal. Complicações Pós-Operatórias. Demarcação pré-operatória. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M.S. The early and late complications and the stoma site-marking. 2014. 67 p. Dissertation (Master's Degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2014.

Complications of stoma and peristomal skin compromise the lives of individuals with intestinal ostomy in performing self-care and rehabilitation, and the preoperative stoma site-marking has been considered important in preventing these complications. This study aimed to describe the complications of the stoma and peristomal skin in individuals who had preoperative stoma site-marked and who had not preoperative stoma site-marked underwent surgery in 2009 in a university hospital (CEP/EERP-USP 341.314). This is a quantitative, the survey of 70 medical records of patients stoma site marked and stoma site unmarked, underwent surgical treatment with confection of an ostomy, in 2009. Out of 70 (100%) analyzed, we found that 37 (52.9%) were female and 33 male (47.1%). Predominated 31 (44.3%) without comorbidities, oncologic diagnosis was 46 (65.8%), 54 (77.1%) had never been submitted to intestinal surgeries, 56 was (80%) elective surgery and 40 (57.1%) registers of adjuvant treatments. Regarding the type of stoma 46 predominated (65.7%) colostomies and 31 (44.3%) permanent stomas. In general, 33 (47.1%) were marked preoperatively and 37 (52.9%) was not. Regarding complications of stoma, we had identified 15 complications in the G1 demarcated and peristomal hernia was the most common complication with four (12.1%) cases. We have got 32 complications in the G2 not marked and the most common complication was dermatitis with six cases (16.1%). Among the 70 records, the most common complications recorded were dermatitis 9 (12.9%), peristomal hernia 8 (11.4%), malfunction of the stoma 5 (7.1%), prolapse 4 (5.7%) bleeding 4 (5.7%) and leakage 4 (5.7%). Therefore, prospective controlled studies about the risk factors and the influence of preoperative stoma site-marking may contribute to prevention of these ostomy complications.

Descriptors: Ostomy. Colorectal Surgery. Postoperative Complications. Preoperative Stoma Site-Marking. Perioperative Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, MS Las complicaciones tempranas y tardías y la demarcación de estoma intestinal. 2014. 67 p. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2014.

Las complicaciones de estoma y de la piel periestomal comprometen la vida de pacientes con ostomía intestinal en su autocuidado y en su rehabilitación, y la demarcación de estoma preoperatoria se ha considerado importante en la prevención de estos. Este estudio tuvo como objetivo describir las complicaciones del estoma y de la piel periestomal en los demarcados y no demarcados, sometidos a una cirugía en 2009, un hospital universitario (CEP/EERP-USP 341.314). Se trata de estudio cuantitativo, con 70 prontuarios de pacientes demarcados y no demarcados, sometidos al tratamiento quirúrgico con la confección de ostomía intestinal, en 2009. Fueron analizados 70 (100%) prontuarios, encontrándose que 37 (52,9%) eran mujeres y 33 hombres (47,1%). Predominaron 31 (44,3%) sin comorbilidades, diagnóstico oncológico 46 (65,8%), 54 (77,1%) nunca había sido sometido a las cirugías intestinales, 56 (80%) cirugías electivas y 40 (57,1%) registros de los tratamientos adyuvantes. A respecto del tipo de estoma predominó 46 (65,7%) colostomías y 31 (44,3%) definitivos. Del total, 33 (47,1%) fueron demarcados en el preoperatorio y 37 (52,9%) no demarcados. En relación a las complicaciones del estoma, en el G1 demarcados se identificó 15 complicaciones, la hernia periestomal fue lo más frecuente con cuatro (12,1%). En el G2 No demarcados hubo 32 complicaciones, la dermatitis fue lo más frecuente con seis (16,1%). Entre los 70 registros, las complicaciones más frecuentes que se registraron fueron Dermatitis 9 (12,9%), la hernia periestomal 8 (11,4%), mal funcionamiento del estoma 5 (7,1%), prolapso 4 (5,7%), sangrado (5,7%) y desbordamiento 4 (5,7%). Por lo tanto, los estudios prospectivos y controlados sobre los factores de riesgo y la influencia de la demarcación de estoma preoperatorio pueden contribuir a la prevención de estas complicaciones en personas con ostomía intestinal.

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

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Caracterização clínica e terapêutica dos estomizados intestinais (N=70), segundo as variáveis do estudo. Ribeirão Preto, 2014	40
Quadro 2.	Caracterização de complicações de estoma e de pele periestoma em estomizados intestinais demarcados e não demarcados (N=70). Ribeirão Preto, 2014.....	46

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
ASCRS	American Society of Colon and Rectal Surgeons
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCR	Câncer Colorretal
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
DNCT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
EERP- USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP- USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCU	Retocolite Ulcerativa
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization
WOCN	Wound Ostomy Continence Nurses Society

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	18
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
1.1. Estomias intestinais: ileostomias e colostomias	21
1.2. Demarcação de estoma intestinal pré-operatória e a indicação de equipamentos coletores e adjuvantes.	24
1.3. Complicações de estoma intestinal e de pele periestoma	27
2. OBJETIVO GERAL	35
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4. MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1. Aspectos éticos.....	36
4.2. Descrição do estudo	36
4.3. Local de estudo.....	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
APÊNDICE A -	59
APÊNDICE B – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO A –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA EERP.	62
ANEXO B - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	65

APRESENTAÇÃO

Desde o segundo ano da graduação, as áreas de Enfermagem Perioperatória e Oncologia foram os temas de nosso interesse, e assim buscamos ampliar o conhecimento técnico-científico sobre a temática, com desenvolvimento de atividades como voluntária de um Projeto de Cultura e Extensão, que focalizava o ensino de pacientes estomizados e seus familiares, na Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP (Campus). Isto nos proporcionou os primeiros contatos com pacientes cirúrgicos hospitalizados. Tivemos a oportunidade de desenvolver atividades da Iniciação Científica, tendo como base as experiências vivenciadas no projeto de extensão.

Com a proximidade com os pacientes adultos e idosos no projeto de extensão, observávamos que a maioria destes apresentava o diagnóstico de câncer colorretal (CCR) e doenças inflamatórias intestinais (DII), com indicação de cirurgias, que poderiam resultar em estomia intestinal. Pudemos realizar atividades de ensino para esta clientela, que incluíam o ensino pré-operatório sobre preparo físico e psicossocial, cirurgia e suas consequências; e no pós-operatório o ensino sobre os cuidados com a ferida operatória, bem como cuidados e higiene com a estomia, utilização de equipamentos e adjuvantes, além de prevenção de complicações de estoma e pele periestoma, encaminhamento para o Programa de Ostomizados e orientações para a alta hospitalar e o seguimento ambulatorial. Acompanhávamos a enfermeira-estomaterapeuta em suas atividades, dentre estas, a demarcação pré-operatória de pacientes com possibilidade de confecção de estomia intestinal. Neste serviço, ainda tivemos a oportunidade de conhecer o trabalho de atendimento com uma sistemática de integração das ações da equipe cirúrgica, de enfermagem, nutrição e serviço social, voltadas para a reabilitação do paciente cirúrgico, principalmente com estomia intestinal.

Neste período, ampliávamos o conhecimento teórico sobre as várias patologias e situações clínicas em que a abordagem cirúrgica resulta em confecção de uma estomia intestinal, principalmente nos casos, que envolvem doenças inflamatórias intestinais, doença diverticular dos cólons, polipose adenomatosa familiar, megacólon chagásico, anomalias congênitas, complicações pós-operatórias, abdome-agudo, afecções perirretais, trauma e o CCR, principalmente

com nossa participação nas discussões da visita da equipe cirúrgica e da programação do planejamento cirúrgico dos pacientes da unidade de internação cirúrgica (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA 2011).

Tivemos a oportunidade de desenvolver dois projetos de Iniciação Científica, desde a elaboração até a publicação de artigos científicos, o que suscitou o nosso interesse em dar continuidade às atividades de pesquisa.

Posteriormente, ao final da graduação, com as experiências no contexto de atendimento terciário, que possibilitaram o seguimento de pacientes com estomia intestinal, levou-nos a definir a área de estomaterapia e oncologia como de maior interesse. Assim, uma das situações que nos chamou atenção foi a demarcação de estoma, ação muito valorizada pela equipe cirúrgica e que faz parte da assistência prestada na especialidade de Coloproctologia. Esta situação resultou na formulação da pergunta de pesquisa: há diferença numérica e de tipologia de complicações de estoma e de pele periestoma segundo a presença de demarcação de estoma pré-operatória por uma estomaterapeuta? Os fatores de risco como condição clínica dos pacientes, idade, índice de massa corpórea (IMC), cirurgias abdominais prévias, patologia de base, comorbidades, realização de cirurgias de urgência e demarcação de estoma pré-operatória pelo enfermeiro-estomaterapeuta, descritos na literatura nacional e internacional, estão presentes nos pacientes com complicações de estoma e de pele periestoma precoces e tardias?

Isso nos subsidiou para a elaboração deste projeto de pesquisa para o processo seletivo para o curso de pós-graduação (Mestrado), no qual obtivemos a aprovação.

Existem poucos estudos nacionais e internacionais sobre a prevalência e incidência de complicações precoces e tardias relacionadas à estomia intestinal e pele periestoma, assim como sobre a demarcação de estoma pré-operatória. Estes aspectos têm sido valorizados e recomendados como temas de estudos científicos, principalmente pelas equipes cirúrgicas e a Sociedade Internacional de Estomaterapia (BASS, 1997; CRUZ et al., 2008; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Concomitantemente ao Curso de Mestrado, realizamos o curso de Especialização em Enfermagem em Oncologia, o que favoreceu o aprimoramento dos nossos conhecimentos técnico-científicos e nos auxiliou para aprofundar o entendimento sobre o tema em estudo.

Buscamos com os resultados deste estudo, contribuir com evidências científicas para fundamentar a assistência de enfermagem aos pacientes cirúrgicos com estomia intestinal, principalmente para a prevenção de complicações de estoma e pele periestoma.

1. INTRODUÇÃO

Na instituição onde foi desenvolvido o estudo, na Unidade de Internação Cirúrgica do HCFMRP-USP, realiza-se um atendimento especializado há 19 anos para pacientes cirúrgicos com possibilidade de confecção de estomia intestinal.

A palavra estoma vem do grego “stóma”, que significa boca. De acordo com os descritores indexados na Biblioteca Virtual em Saúde, estomia é a confecção cirúrgica de uma abertura artificial com o objetivo de promover fistulização externa. A estomia intestinal é confeccionada para a drenagem de fezes, denominadas de colostomia e ileostomia, pois constituem aberturas do segmento do cólon ou íleo na parede abdominal, respectivamente. Anteriormente, a palavra ostomia era utilizada como descritor e mais recentemente, considerando a grafia da língua portuguesa, foi substituída por estomia ou estoma (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA, 2011; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2014).

Além disso, atualmente existe a possibilidade da estomia perineal, em algumas situações, nas quais é viável a rafia da alça intestinal na região, onde o ânus foi ressecado (ROCHA, 2011).

O planejamento da assistência perioperatória pode ser sintetizado como se segue.

No pré-operatório, ao realizar a demarcação do estoma intestinal, o estomaterapeuta ou o enfermeiro com treinamento especializado realiza o ensino pré-operatório em relação à cirurgia e suas consequências, sobre o seguimento a ser realizado na instituição hospitalar e sobre o Programa de Ostomizados, considerando a demanda de necessidades do paciente e do familiar. Outro aspecto importante é a padronização da bolsa coletora que deverá ser utilizada pelo paciente ao final do procedimento cirúrgico, que tem como características: ser transparente para possibilitar a visualização e avaliação do estoma e do efluente drenado; ser de peça única para evitar manipulação desnecessária na região abdominal; e ser drenável para facilitar o esvaziamento do efluente e o controle hídrico. Ainda, no pré-operatório é realizado o preparo colônico dentre outros cuidados fundamentais (CESARETTI, 1997; SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002).

No pós-operatório é retomado o ensino do autocuidado com a estomia e seu funcionamento, bem como a utilização, manejo e troca de equipamentos coletores e

adjuvantes, com fornecimento de informações práticas para adequar às condições sanitárias e aos recursos no domicílio destes pacientes, necessidade de adaptações na sua vida cotidiana e esclarecimentos de dúvidas. Além disso, é realizado o encaminhamento para o Programa de Ostomizados mais próximo da cidade de residência, em ação conjunta com a assistente social da unidade (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA 2011).

É imprescindível ao enfermeiro, o conhecimento da técnica cirúrgica e da anatomofisiologia intestinal para identificar as consequências e modificações específicas para cada paciente. Isto influenciará diretamente no ensino do autocuidado, na indicação do tipo de equipamento coletor e adjuvantes, considerando o tipo de estomia, as necessidades individuais e a prevenção de complicações de estoma e pele periestoma (SANTOS, CESARETTI, 2000).

A enfermagem é a profissão da área da saúde, que está 24 horas em contato com o paciente hospitalizado. No caso do paciente cirúrgico, faz parte das intervenções de enfermagem o preparo físico e psicológico para a realização da cirurgia, priorizando a prevenção de complicações e favorecimento da recuperação fisiológica e reabilitação psicossocial do paciente e de sua família (SANTOS, CESARETTI, 2000; BRAND, DUJOVNY, 2008; SINCLAIR, 2009; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

A confecção de estomia intestinal traz para o paciente e família necessidades específicas e totalmente novas relacionadas à condição do estomizado intestinal e à utilização de equipamentos coletores e adjuvantes. Isso remete à necessidade do desenvolvimento de conhecimentos para realizar os cuidados higiênicos, favorecendo a recuperação pós-operatória, com abordagem dos aspectos psicossociais, principalmente considerando as mudanças da imagem corporal, autoestima e o enfrentamento da terapêutica da patologia de base, que muitas vezes é uma condição crônica grave (SANTOS, CESARETTI, 2000; SINCLAIR, 2009; RIBEIRO, 2011).

O Conselho Internacional de Estomaterapia em 2006 recomendou sobre a necessidade de investimentos em estudos sobre as complicações de estoma intestinal, avaliação da demarcação de estoma pré-operatória, o que indica a consonância do Programa Nacional de Assistência à Pessoa com Deficiência em relação às discussões internacionais sobre a assistência especializada para essa

clientela (BRASIL, 2008; HOCEVAR, 2010; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Abordaremos os aspectos teóricos sobre estomias intestinais, demarcação de estoma intestinal, complicações de estoma e de pele periestoma, assim como a indicação de equipamentos coletores e adjuvantes, para fundamentação do nosso estudo.

1. REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar o desenvolvimento deste estudo, apresentaremos a revisão de literatura nacional e internacional sobre estomias intestinais, demarcação de estoma pré-operatória e as complicações precoces e tardias de estoma intestinal e pele periestoma.

1.1. Estomias intestinais: ileostomias e colostomias

As estomias intestinais podem ser classificadas em temporárias ou definitivas.

Os estomas temporários são confeccionados, na maioria das vezes, com o intuito de proteger e prevenir complicações como deiscência e infecção na região das anastomoses. Estas situações ocorrem principalmente, quando há diagnósticos como Doença de Crohn (DC), Retocolite ulcerativa (RCU), Megacólon chagásico e CCR em estadiamento precoce, cuja indicação cirúrgica é a ressecção parcial do cólon ou do íleo. Nestas situações a estomia é confeccionada possibilitando a reconstrução do trânsito intestinal após a resolução da patologia ou depois do tempo necessário para cicatrização da anastomose (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA 2011).

Os estomas de caráter definitivo são confeccionados quando há necessidade de ressecção de reto e ânus como na Amputação abdominoperineal do reto, ou na ressecção total do cólon e reto com confecção de ileostomia. Nestas situações, não é possível reconstruir o trânsito intestinal e o indivíduo terá esta condição permanente. Estas situações ocorrem quando um paciente tem o diagnóstico de câncer do canal anal e de reto baixo, assim como nas retites estenosantes ocasionadas por radioterapia, que resultam em colostomia. Por outro lado, as ressecções totais de cólon e reto com confecção de ileostomias definitivas são indicadas principalmente nos casos de polipose adenomatosa familiar e de doenças inflamatórias intestinais (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA 2011).

É importante ressaltar que estas situações cirúrgicas, em geral são eletivas, o que possibilita o preparo colônico e físico, demarcação de estoma intestinal, com abordagem dos aspectos psicossociais do paciente e família (BRAND, DUJOVNY, 2008).

Contudo, existem situações em que não é possível realizar cirurgias eletivas e assim as principais indicações para a criação de uma colostomia de emergência são as obstruções do cólon ou perfuração do cólon com peritonite. A obstrução colônica, ocorre muitas vezes, em decorrência de um câncer primário do cólon descendente ou reto, e por complicações da doença diverticular (estenose ou abscesso). Os traumas do cólon com perfuração e extravasamento fecal na cavidade abdominal constituem também indicações para cirurgias emergências. A confecção de uma colostomia nestas condições é necessária para garantir a evacuação de fezes e prevenir um possível vazamento pela anastomose primária de alto risco. Dependendo da gravidade do quadro e das condições gerais do paciente, a criação de colostomia pode ser o único procedimento realizado durante a intervenção. (BRAND, DUJOVNY, 2008; PERSON et al., 2012)

As indicações para a criação ileostomia de emergência geralmente estão relacionadas às condições que exigem ressecção do cólon ascendente ou intestino delgado, em que a integridade de uma anastomose primária possa ser comprometida. Isto pode ocorrer quando existem lesões difusas no intestino (colite ou obstrução, radiação, DC) criando tecidos friáveis que não retêm uma sutura. Outra situação de emergência que indica uma ileostomia são as hemorragias, isquemia, perfuração ou sepse intestinal ou da cavidade abdominal. (BRAND, DUJOVNY, 2008; PERSON et al., 2012)

No entanto, quando houver a possibilidade do paciente tolerar uma operação prolongada, e se for tecnicamente viável, a abordagem cirúrgica do segmento acometido deve ser realizada (BRAND, DUJOVNY, 2008).

Nos ileostomizados, o efluente de fezes é líquido ou semilíquido, de coloração esverdeada, pH alcalino e rico em enzimas proteolíticas, que portanto, em contato com a pele periestoma causa dermatites e lesões erosivas. A frequência da eliminação é maior do que a dos colostomizados, podendo ser observada cerca de 20 minutos após a alimentação, o que impossibilita a continência destes pacientes. Nos colostomizados, há a eliminação de fezes pastosas ou formadas, com pH neutro, com funcionamento intestinal entre dois a quatro vezes ao dia. Para a coleta de fezes, tanto nas ileostomias como colostomias, são necessários equipamentos coletores e adjuvantes, que tem um custo financeiro, nem sempre acessível à população. Os gastos financeiros mensais de uma paciente estomizado com equipamentos coletores e dispositivos adjuvantes podem variar entre R\$137,70 e

R\$172,52 (SANTOS, CESARETTI, 2000; SINCLAIR, 2009; RATLIFF, 2010; ROCHA 2011; LENZA, 2013).

A Portaria número 400, de 16 de Novembro de 2009, estabelece as Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, no âmbito do SUS. Através deste documento, ficou definido que na Atenção Básica serão realizadas ações para promoção do autocuidado e prevenção de complicações nas estomias intestinais. Sendo assim, é determinado que o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas seja classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I, que deve realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento gratuito de equipamentos coletores e adjuvantes, como as bolsas coletoras, cremes barreira e cintos. Já o serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas II, deve realizar todas as ações incorporadas pelo serviço I, mais a capacitação especializada para profissionais da área da saúde (BRASIL, 2009).

A condição de estomizado intestinal implica na necessidade de uso de equipamentos coletores para assegurar a qualidade de vida e prevenir complicações, principalmente lesões de pele periestoma relacionadas ao autocuidado (SANTOS, CESARETTI, 2000; ARUMUGAM et al., 2003).

Por outro lado, existe a possibilidade de estabelecer uma continência por meio da realização da irrigação intestinal e assim torna-se desnecessário a utilização de equipamentos coletores.

A irrigação do estoma é um procedimento no qual se introduz, através do estoma, um volume de líquido com a mesma temperatura do corpo humano, com o intuito de promover a eliminação das fezes presentes no cólon. A introdução de líquido no cólon, mais comumente água, promove dilatação da alça intestinal e estimula o peristaltismo com saída do conteúdo intestinal. Realizando este procedimento diariamente no mesmo horário é possível adaptar o intestino que passa a funcionar apenas neste horário planejado, possibilitando que o indivíduo colostomizado utilize somente um oclisor de estoma ao longo do dia. Essa técnica só é possível em pacientes com colostomias terminais em cólon descendente ou sigmoide (CESARETTI et al., 2008; CESARETTI, SANTOS, VIANNA, 2010).

1.2. Demarcação de estoma intestinal pré-operatória e a indicação de equipamentos coletores e adjuvantes.

Diante de casos de pacientes com patologias intestinais e situações em que haja a indicação cirúrgica com possibilidade de confecção de uma estomia, a escolha do local do estoma no período pré-operatório é de fundamental importância. Em geral, esta intervenção é realizada nas cirurgias eletivas para prevenir complicações futuras e melhor adaptação de equipamentos coletores (WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Cabe ressaltar que a Estomaterapia é uma especialização para capacitação de enfermeiros, estabelecida em 1980 nos Estados Unidos. No Brasil, foi implantado o primeiro curso de Especialização em Estomaterapia na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 1990. No entanto, sua origem ocorreu na década de 1950, na primeira Associação de Ostomizados da cidade de Cleveland (EUA), cujo foco era o ensino individualizado do cliente sobre os cuidados com a estomia e equipamentos para a sua reabilitação. Esta especialidade foi criada pelo cirurgião Rupert Turnbull e por sua paciente ileostomizada, Norma Gill, considerada a primeira estomaterapeuta (ET). Entre as funções da enfermeira-estomaterapeuta estão às ações assistenciais relacionadas ao planejamento da assistência individualizada e integral ao cliente no perioperatório, inserindo a família e a equipe multidisciplinar. Uma das prioridades da sua intervenção é a demarcação de estoma no pré-operatório, com ações educativas para o desenvolvimento de protocolos de cuidados, desenvolvimento de estratégias educativas adequadas às necessidades do paciente, família e equipe de saúde, bem como de programas de ensino; ações de pesquisa na busca de evidências científicas para a implementação da melhor prática clínica no cuidado ao estomizado e família, com inovação tecnológica e aperfeiçoamento de equipamentos coletores e adjuvantes; ações administrativas como o gerenciamento e organização de serviços especializados, consultoria e assessoria; além da educação permanente para a capacitação de profissionais para a assistência especializada (SANTOS, CESARETTI, 2000; HOCEVAR, 2010).

Considerando a recomendação da realização de demarcação de estoma pré-operatória e estudos que abordaram a influência desta intervenção na diminuição de complicações de estoma intestinal e pele periestoma, enfatizamos a importância da

técnica de demarcação de estoma e a assistência de enfermagem (PARMAR et al., 2011; PERSON et al., 2012).

A demarcação de estoma e o ensino pré-operatório visam assegurar a localização mais apropriada da estomia para favorecer o autocuidado, com redução de complicações precoces e tardias. Existem vários aspectos, que devem ser analisados no momento da demarcação do local, para possibilitar a aplicação e a utilização adequada dos equipamentos coletores e adjuvantes.

A American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) e a Wound Ostomy Continence Nurses Society (WOCN) desenvolveram um documento com a recomendação de que todos os pacientes submetidos às cirurgias com confecção de estomia recebam a demarcação intestinal pré-operatória, intervenção realizada por um estomaterapeuta ou enfermeiro com treinamento especializado (WOUND OSTOMY CONTINENCE NURS., 2007).

A visita pré-operatória é de extrema importância para a avaliação e ensino dos pacientes e familiares em relação à futura estomia. A escolha do local, onde será confeccionada a estomia deve ser uma prioridade durante esta visita. A confecção de uma estomia, sem avaliação e demarcação prévia, podem causar dificuldades em seu manejo, com impacto psicológico negativo (WOUND OSTOMY CONTINENCE NURS., 2007).

A localização da estomia deve ser posicionada através do músculo reto-abdominal considerando a incisão cirúrgica, em geral, na linha média. Isso implica na demarcação com um mínimo de cinco centímetros de distância das proeminências ósseas, como o rebordo costal e a crista ilíaca, assim como da cicatriz umbilical e de pregas cutâneas. O paciente deve ser posicionado sempre que possível, deitado, sentado e em pé. Recomenda-se que o paciente consiga visualizar com facilidade o local onde possivelmente será confeccionado a estomia, pois isto facilitará o autocuidado. O ET deve realizar uma marca, que permaneça intacta até o momento da cirurgia, principalmente que resista à antissepsia cirúrgica. Atualmente é recomendada a utilização de uma caneta cirúrgica, cuja tinta possui secagem rápida e é à prova d'água e aos líquidos degermantes (SANTOS, CESARETTI, 2000; ROCHA 2011).

Ressaltamos que para os pacientes oncológicos é importante a demarcação bilateral no abdômen, pois a condição clínica e o crescimento tumoral podem requer

uma adaptação do local para a confecção da estomia intestinal, pelo cirurgião (CATALDO, 2008).

(Al-Momani, Miller, Stepheson, 2013)

Para Cataldo (2008), no caso dos obesos, pela presença de grande quantidade de tecido adiposo abdominal, a demarcação deverá ser realizada acima da linha umbilical, pois o local possui menos tecido adiposo e favorece a visualização pelo paciente, o que facilita o autocuidado. Nos indivíduos com lesões neurológicas, a demarcação deve ser feita, mantendo-se a posição anatômica, em que eles passam a maior parte do tempo.

Por outro lado, o estomaterapeuta ou enfermeiro com treinamento especializado poderá favorecer o entendimento do paciente sobre a indicação cirúrgica e a necessidade da confecção de estomia intestinal. Para tanto, o

profissional deve considerar que o estoma não é natural para a maioria pacientes e a sua confecção afeta a autoimagem. Entre as preocupações em ter uma estomia intestinal, surgem questões em relação à higiene e experiências desagradáveis com o funcionamento do estoma. Outras preocupações estão relacionadas com as limitações nas atividades sociais, laborais e de lazer, assim como na sexualidade devido à presença do estoma (BRAND, DUJOVNY, 2008).

Brand (2008) afirma que a maioria dos pacientes pode ser beneficiada e se sentir mais confiante para enfrentar uma cirurgia com possível confecção de estoma intestinal, quando o cirurgião investe um tempo para discutir os aspectos cirúrgicos com o paciente e família. Deve-se enfatizar para o paciente, o benefício de um estoma intestinal como uma medida de proteção contra infecções graves e melhoria na qualidade de vida e minimização de sofrimento por diarreia e constipação crônica. Discussões pré-operatórias auxiliam o paciente a se familiarizar e facilitam os cuidados com o estoma e os equipamentos coletores (BRAND, DUJOVNY, 2008).

Folhetos educativos e imagens de estomias intestinais ajudam no esclarecimento de dúvidas e na redução da ansiedade pré-operatória. Muitas vezes, uma conversa do paciente com outro estomizado poderá favorecer para o entendimento e gerenciamento dos aspectos cotidianos, após a confecção da estomia. A discussão com um ET é importante para preparar o paciente psicologicamente e emocionalmente para cirurgia, além de mostrar que existem profissionais especializados disponíveis para auxiliá-lo após o procedimento cirúrgico, assim como o seguimento especializado e aquisição de equipamentos adequados à necessidade individual (BRAND, DUJOVNY, 2008).

1.3. Complicações de estoma intestinal e de pele periestoma

As principais complicações relacionadas às estomias intestinais segundo a literatura nacional e internacional são: isquemia e necrose do estoma, abscesso paraestomal, estenose, retração, prolapso, hérnia paraestomal, infecção, fístulas, dermatite, distúrbios hidroeletrólíticos e má adaptação da base da bolsa coletora à pele (SANTOS et al., 2007; CRUZ et al, 2008; SUNG et al., 2010; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Segue abaixo as definições trazidas pela literatura nacional e internacional das complicações mais frequentes:

Prolapso

Os prolapsos de estomas intestinais ocorrem quando uma porção de alça intestinal exterioriza-se através do orifício de abertura onde o estoma é confeccionado. Sua incidência descrita pela literatura varia entre 2% a 25%. Entre as principais causas estão a confecção de transversostomias em alça, aumento da pressão abdominal no pós-operatório, obesidade, fixação inadequada do intestino na parede abdominal e grandes aberturas na parede abdominal no momento da rafia do estoma. (WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010; JORDAN, BURNS, 2013).

Retração

A retração da estomia ocorre quando há diminuição da protrusão normal do estoma, de modo que o mesmo fique localizado abaixo da superfície da pele. As causas habituais da retração são a tensão sobre o cólon, obesidade, utilização de corticosteroides no pré-operatório, má nutrição e diminuição do fluxo sanguíneo na porção exteriorizada. Retração do estoma é mais comum em pacientes com ileostomias. Por sua vez, a retração pode acarretar em dermatite periestoma em decorrência da má adaptação da bolsa coletora plana na superfície abdominal (JORDAN, BURNS, 2013).

Estenose

Estenose é o estreitamento do lúmen ou do diâmetro do estoma, dificultando a drenagem do efluente. Entre as causas para o seu desenvolvimento estão a hiperplasia, Doença de Crohn, inflamação local, radioterapia neoadjuvante. Aestenose representa um fator de risco para a obstrução intestinal (JORDAN, BURNS, 2013; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Dermatite

A dermatite pode ser consequência da exposição da pele periestoma aos efluentes da colostomia ou ileostomia quando há vazamento através da bolsa coletora, seja por perfuração desta ou por má adaptação. Dermatites também podem ocorrer por processos alérgicos aos materiais do equipamento coletor e adjuvantes. Ainda existe a possibilidade de ocorrência de dermatites por traumas mecânicos em decorrência de remoções traumáticas dos equipamentos coletores, higiene excessiva da pele periestoma e trocas frequentes. A incidência de dermatite periestoma varia de 3% a 42% (PAULA, SANTOS, 1999; SANTOS et al., 2007; SCHWARTZ, 2007; KANN, 2008; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Necrose

A necrose da estomia ocorre por diminuição do fluxo sanguíneo na porção intestinal, sendo mais comum nos cinco primeiros dias de pós-operatório. O estoma que deveria possuir um aspecto úmido, vermelho e brilhante se torna descolorido. Os fatores de risco incluem obesidade, hipotensão, hipovolemia, edema da alça intestinal, êmbolos, tipo de sutura realizada e orifício pequeno para exteriorização da estomia. Sua incidência varia de 2,3% a 17% (KANN, 2008; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010; JORDAN, BURNS, 2013).

Hérnia Periestoma

Hérnia paraestomal corresponde a uma área de abaulamento da pele periestomal indicando uma compressão de uma ou mais alça intestinal sob os músculos abdominais. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da hérnia paraestomal estão a idade avançada, obesidade, má nutrição, cirurgias abdominais prévias, utilização de corticoides no pré-operatório e a existência de tosse crônica. Questões relacionadas a técnica cirúrgica, como tamanho na incisão operatória e caráter eletivo ou de urgência da cirurgia, também estão relacionados ao risco de desenvolvimento desta complicação (JORDAN, BURNS, 2013).

Edema

O edema fisiológico ocorre no pós-operatório mediato e imediato em consequência da inflamação local e manipulação da alça intestinal, ele regride entre quatro e seis semanas após a cirurgia. Já o edema patológico pode ocorrer quando o diâmetro do orifício da parede abdominal é menor que o diâmetro da alça intestinal exteriorizada. O edema patológico também pode ocorrer por tração excessiva na alça intestinal, por obstrução e por recidivas de DII ou neoplasia. (ORTIZ, RAGUE, FOULKES, 1994; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Fístula

As fístulas enterro-cutâneas são condutos anormais entre o estoma e a pele periestoma, com 3,9% a 15% de incidência, os 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; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

As complicações de estoma e de pele periestoma são classificadas em precoces e tardias por diferentes autores, com a utilização do parâmetro de referência a temporalidade decorrida após a cirurgia. Bass et al. (1997) estabeleceram como complicações precoces àquelas que ocorrem no período de até 30 dias de pós-operatório e como tardias, àquelas que ocorrem após os 30 dias de pós-operatório.

No Brasil, Matos e Cesaretti (2000) definiram como precoce àquelas complicações que ocorrem no período intra-hospitalar, e como tardias àquelas que ocorrem após alguns meses de pós-operatório. Para este estudo, considerando que a média de duração das internações nesta instituição é de 5 a 7 dias, adotaremos a definição de Bass et al. (1997).

Estas complicações podem estar associadas aos diferentes fatores, como a condição clínica dos pacientes, idade, nutrição, índice de massa corpórea (IMC), cirurgias abdominais prévias, patologia de base, comorbidades. Também podem estar associadas à técnica cirúrgica inadequada e às cirurgias de urgência, com impossibilidade da realização do preparo colônico. Outra razão indicada pela

literatura é a pouca familiaridade da equipe cirúrgica com o posicionamento correto da mesma na parede abdominal, gerada pela ausência de avaliação e demarcação prévia do local do estoma pelo enfermeiro-estomaterapeuta, pois a maioria das instituições de saúde ainda não contam com este profissional no seu quadro (PAULA, SANTOS 1999; ARUMUGAM et al., 2003; CRUZ et al., 2008; HOCEVAR, 2010; ROCHA 2011).

No estudo descritivo americano com 593 (100%) pacientes submetidos à confecção de estomia em cirurgias eletivas verificou a prevalência de complicações precoces e tardias. Não foi feita uma distinção em relação ao tipo de estomia. O grupo I foi composto por 292 (49,2%) pacientes demarcados, que haviam sido avaliados por estomaterapeutas no período pré-operatório, recebendo o ensino sobre a cirurgia e suas consequências, bem como o cuidado com a estomia e equipamentos coletores. Destes, 95 pacientes (32,5%) apresentaram complicações, sendo 68 (23,3%) precoces e 27 (9,25%) tardias. O grupo II foi composto por 301 pacientes que não foram demarcados, destes, 131 (43,5%) apresentaram complicações, sendo 95 (31,6%) precoces e 36 (12%) tardias. As complicações observadas foram categorizadas em necrose, estenose, retração, prolapso, infecção, hérnia paraestomal, sangramento, fistulização, irritação cutânea e problemas relacionados à localização do estoma. Entre os grupos Demarcados e Não Demarcados evidenciou-se diferença estatisticamente significativa em relação às complicações precoces, porém em relação às tardias não foi significativa. Neste estudo, foram incluídos pacientes com estomas intestinais e urinários, porém os autores recomendam estudos prospectivos randomizados para diminuir a probabilidade de viés (BASS et al., 1997).

Em outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos sobre a incidência de complicações de pele periestoma com 89 (100%) pacientes avaliados por enfermeiras-estomaterapeutas durante 12 meses, dos quais 37 (42%) pacientes com colostomias, 33 (37%) com ileostomias, 15 (17%) com urostomias, dois (2%) com vesicostomias, uma jenurostomia (1%) e um (1%) não identificado. Deste total, 42 (47%) pacientes apresentaram complicações, sendo 31 (35%) lesões químicas, cinco (6%) lesões mecânicas, quatro (4%) foram por infecções fúngicas, um (1%) apresentou reação alérgica e um (1%) pioderma gangrenoso. Não foram apresentados dados referentes à realização da demarcação pré-operatória destes

pacientes e os fatores indicados na literatura, que influenciam na ocorrência destas complicações (RATLIFF, 2010).

Um estudo prospectivo acompanhou 192 pacientes durante seis meses em 13 unidades de um Instituto Oncológico no Reino Unido para determinar a incidência de complicações precoces em estomas e os seus fatores predisponentes. Todos os pacientes foram demarcados por uma ET. As estomias foram classificadas com complicações quando necessitavam de um ou mais acessórios para manter o paciente limpo e seco durante 24 horas, nas três primeiras semanas de pós-operatório. As variáveis do estudo foram: idade, gênero, IMC, localização do tumor, demarcação pré-operatória, equipe cirúrgica, unidade de internação, tipo de estomia intestinal, diâmetro do estoma, protrusão do estoma, período de hospitalização, habilidade do paciente no autocuidado com a estomia e equipamentos, além da necessidade de mais visitas para o ensino destes cuidados. Os resultados mostraram que os indivíduos que foram demarcados apresentaram um risco de complicações significativamente menor (20%) em relação aos que não foram demarcados ou aos que foram demarcados, mas a confecção da estomia intestinal foi realizada em local diferente da marca (PARMAR et al., 2010).

Um estudo prospectivo israelense avaliou a influência da demarcação de estoma intestinal pré-operatória concomitantemente com o ensino do paciente, realizada por uma enfermeira-estomaterapeuta na qualidade de vida, na independência e na ocorrência de complicações do pós-operatório destes pacientes. A amostra foi de 105 (100%) pacientes, que respondeu o questionário Stoma QOL sobre qualidade de vida. Além disso, foram analisados dados como tipo de estomia, local da demarcação e características sociodemográficas. Avaliou-se, ainda, a presença de complicações e a necessidade de utilização de acessórios. Dos 105 pacientes, 52 (49.5%) foram demarcados no pré-operatório, sendo 60 (57%) em caráter definitivo e 45 (43%) temporário. Verificou-se que os pacientes com estomas demarcados no pré-operatório expressaram maior confiança e independência. Em 18 de 20 parâmetros do questionário, a qualidade de vida de pacientes com as estomias demarcadas foi melhor e em quase todos os parâmetros houve diferenças entre a qualidade de vida de pacientes com estomias temporárias e definitivas. A ocorrência de complicações foi significativamente menor em pacientes com estomas demarcados (PERSON et al., 2012).

No estudo prospectivo em 12 unidades de cirurgia coloproctológica de hospitais públicos da Espanha foram avaliados os cuidados recebidos pelos pacientes estomizados por CCR, com a finalidade de identificar os problemas na assistência e possíveis melhorias. Cada centro participante recebeu dois questionários, um preenchido pelo ET e outro pelo cirurgião, com dados sociodemográficos e clínicos referentes aos pacientes. Entre os dados, foram registradas informações sobre as complicações, as evoluções dos pacientes nas primeiras visitas pós-operatórias realizadas pela ET e dados sobre a cirurgia, o tumor e as complicações no intra e pós-operatório, registrados pelo cirurgião. Na amostra com 270 (100%) pacientes, 169 (62,6 %) possuíam colostomias e 101 (37,4%) ileostomias. Na análise estatística, a amostra foi dividida em dois grupos, sendo no Grupo I, os pacientes submetidos às cirurgias eletivas, com visita pré-operatória de uma ET e demarcação de estoma. O Grupo II foi composto por pacientes de cirurgias eletivas e de urgência, que não receberam a visita pré-operatória da ET. Nos resultados verificou-se que os pacientes demarcados no pré-operatório apresentaram menor ansiedade relacionada à estomia e com o planejamento da assistência de enfermagem para reabilitação de pacientes e familiares resultou em melhor adaptação à nova condição (MILLAN et al., 2009).

Em outro estudo prospectivo dos Estados Unidos, examinou-se a prevalência de complicações peristomas em pacientes com colostomia e urostomia, dois meses após o procedimento cirúrgico. Durante um ano, todos os pacientes, na consulta de dois meses foram avaliados em relação à presença ou ausência de complicações nos estomas e pele periestoma, por uma enfermeira-estomaterapeuta, com um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores. Participaram 220 (100%) pacientes, sendo que 77 (35%) possuíam colostomias, 76 (34,5%) ileostomias e 42 (19,1 %) colostomias úmidas. Deste total, 35 (16%) pacientes apresentaram complicações peristomas como dermatite, lesões mecânicas, infecções e resposta alérgica. O estudo não verificou a realização de demarcação de estoma pré-operatória. Porém, recomenda a demarcação pré-operatória para prevenir complicações, além de mais estudos sobre a associação de complicações e os fatores predisponentes, descritos na literatura (RATLIFF, SCARANO, DONOVAN, 2005).

Por outro lado, a ocorrência de complicações de estoma e pele periestoma tem sido relacionada à capacidade de realização do autocuidado, bem como as características clínicas e físicas dos pacientes (SINCLAIR, 2009; RATLIFF, 2010).

Um estudo retrospectivo brasileiro verificou a prevalência de complicações de estoma e de pele periestoma em 483 prontuários de estomizados, cadastrados em dois Programas de Ostomizados. As complicações de estoma e de pele periestoma totalizaram 779 (100%), com média de 1,6 por paciente, ou seja, 270 (55,9%) apresentaram de uma a duas complicações e 108 (22,3%) três ou mais complicações. Foram identificadas as complicações dermatite em 164 (43,3%) pacientes, retração em 35 (9,2%), prolapso em 31(8,1%), hérnia paraestomal em 121 (32%) e diarreia em 27 (7,2%) pacientes (PAULA, SANTOS, 1999).

Entretanto, não encontramos nenhum estudo brasileiro que tenha analisado a relação da demarcação de estomia intestinal com a ocorrência de complicações precoces ou tardias.

Diante do exposto, este estudo busca contribuir no avanço de conhecimentos para subsidiar o planejamento da assistência na área de Enfermagem Perioperatória e de Enfermagem em Estomaterapia sobre as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais adultos e idosos.

2. OBJETIVO GERAL

- Descrever as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais demarcados e não demarcados, submetidos ao tratamento cirúrgico no ano de 2009, em um hospital universitário de ensino público.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil da clientela com estomia intestinal, submetidos ou não à demarcação de estoma pré-operatória, na Especialidade de Coloproctologia de um hospital universitário de ensino público, no ano de 2009;
- Identificar as complicações de estoma e de pele peristoma precoces e tardias nesta clientela;
- Comparar as complicações de estoma e de pele periestoma precoces e tardias entre os pacientes submetidos à demarcação de estoma pré-operatória e os não demarcados.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, via Plataforma Brasil, seguindo todos os preceitos da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, número do Parecer: 341.314, de 04/07/2013.

Foram obtidas autorizações do Chefe da Disciplina de Coloproctologia e do Chefe do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois foram incluídos neste estudo os prontuários de pacientes, que preenchessem os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo, com inclusão daqueles que tivessem ido ao óbito e os que interromperam o seguimento nesta Instituição.

Em relação à análise dos riscos e benefícios, os dados foram coletados nos prontuários do Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HCFMRP-USP. Os riscos esperados ao desenvolver esta pesquisa foram mínimos, e estavam relacionados à quebra de sigilo dos dados confidenciais e privativos dos participantes. Para evitar tal situação, todos os prontuários dos participantes deste estudo foram identificados por códigos, assegurando o anonimato dos participantes da amostra deste estudo.

Quanto aos benefícios, acreditamos que os resultados deste estudo contribuirão com evidências científicas para subsidiar a assistência de enfermagem perioperatória aos indivíduos candidatos aos procedimentos cirúrgicos com confecção de estomia intestinal, assim como no seguimento pós-operatório.

4.2. Descrição do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, retrospectivo sobre complicações precoces e tardias em estomizados intestinais, por meio do levantamento de prontuários de pacientes atendidos na Especialidade da Coloproctologia.

As variáveis estabelecidas para este estudo estão relacionadas com as características sociodemográficas e clínicas dos estomizados intestinais, realização de demarcação de estoma pré-operatória, equipe cirúrgica, pois estes foram identificados na literatura como fatores que influenciam na ocorrência de complicações precoces e tardias, bem como na diminuição de ansiedade, quando realizada a visita pré-operatória pela estomaterapeuta ou enfermeiro com capacitação especializada (BORGES et al., 2008; BUTLER, 2009; SINCLAIR, 2009; RATLIFF, 2010; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Este estudo buscou identificar a presença de fatores de risco, descritos na literatura nacional e internacional, como condição clínica dos pacientes, idade, índice de massa corpórea (IMC), cirurgias abdominais prévias, patologia de base, comorbidades, realização de cirurgias de urgência e demarcação de estoma pré-operatória pelo enfermeiro-estomaterapeuta, no registro dos prontuários de pacientes submetidos às cirurgias coloproctológicas com confecção de estomia intestinal no ano de 2009 (BASS et al., 1997; PAULA, SANTOS 1999; ARUMUGAM et al., 2003; CRUZ et al., 2008; HOCEVAR, 2010; ROCHA 2011).

4.3. Local de estudo

Os dados foram coletados nos prontuários de pacientes do HCFMRP-USP, submetidos ao tratamento cirúrgico com confecção de estomias intestinais temporárias ou definitivas, na Especialidade de Coloproctologia, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2009.

Nos prontuários foram obtidas informações sobre a realização da demarcação de estoma pré-operatória nos pacientes, caráter de realização do procedimento cirúrgico (eletivo/urgência), intercorrências intraoperatórias e pós-operatórias. Assim, a amostra deste estudo foi categorizada em dois grupos:

- Grupo um (G1) – Demarcados
- Grupo dois (G2) - Não demarcados.

Os prontuários dos pacientes foram selecionados a partir do sistema de busca do SAME do HCFMRP-USP. Para incluir todos os pacientes submetidos às cirurgias, que resultaram em estomias no período de janeiro a dezembro de 2009, foram utilizadas as palavras *estomia*, *estoma*, *colostomia*, *ileostomia* e

transversostomia para seleção de prontuários e suas respectivas fichas operatórias. Além disso, nesta busca foram utilizados os nomes das cirurgias como *colectomia total, colectomia parcial, amputação abdominoperineal de reto ou Cirurgia de Miles, retossigmoidectomia e ressecção transanal*.

Foram incluídos os prontuários de pacientes com faixa etária entre 18 e 90 anos, independente do sexo, raça ou classe social, sem excluir aqueles que foram ao óbito ou que interromperam o seguimento. Foram excluídos os prontuários que não foram localizados pelo SAME (um prontuário) e 12 cuja ficha operatória não estava disponível no sistema online do HCFMRP.

Nesta Instituição, são atendidos pacientes de diferentes cidades do Estado de São Paulo e de outras regiões do Brasil, na Unidade de Internação Cirúrgica da Especialidade de Coloproctologia, que conta com 11 leitos atualmente. A demarcação de estoma intestinal pré-operatória é realizada por uma enfermeira estomaterapeuta, sendo que no ano de 2009, foram realizadas 118 demarcações, respectivamente, que constituirá o Grupo I – Demarcados. O Grupo II – Não Demarcados será constituído pelos prontuários de pacientes submetidos às cirurgias com confecção de estomia intestinal em caráter eletivo ou de urgência, sem demarcação prévia do estoma intestinal.

Com a coleta de dados em prontuário foram analisados os registros dos três anos após a cirurgia que resultou na confecção da estomia intestinal. Assim, a amostra deste estudo foi constituída por 70 prontuários de pacientes com estomia intestinal. Os prontuários de pacientes que faleceram antes da conclusão do terceiro ano de pós-operatório foram chamados de “óbitos”. Aqueles prontuários chamados de “censurados”, cujo último registro foi finalizado antes dos três anos de pós-operatório, devido à perda de seguimento ou alta ambulatorial. E por fim, os prontuários de pacientes que continham registro de seguimento ambulatorial ou de internação até a data em que completava 3 anos de pós-operatório foram chamados de “concluídos”.

O instrumento de coleta de dados contemplou idade, sexo, peso, altura, IMC, presença de comorbidades, diagnóstico médico, cirurgia realizada, tratamentos realizados, demarcação de estoma pré-operatória, tipo e temporalidade da estomia intestinal, complicações de estoma e pele periestoma. Este instrumento (Apêndice A) foi submetido à validação aparente por enfermeiros com experiência clínica e de pesquisa na temática, no 2º. Semestre de 2012, com modificações mediante as

sugestões recebidas (BORGES et al., 2008; BUTLER, 2009; SINCLAIR, 2009; RATLIFF, 2010; WOUND OSTOMY AND CONTINENCE, 2010).

Foi realizado teste piloto para coleta de dados em prontuários de pacientes, no mês de março de 2013.

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

A análise estatística descritiva foi realizada em relação às características sociodemográficas, clínicas e de complicações de estoma e pele periestoma por meio de frequência absoluta, relativa e percentual para as frequências de complicações precoces e tardias.

Para a análise estatística tivemos a assessoria de um profissional especializado em estatística da EERP-USP.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro 01, apresentamos a caracterização clínica dos estomizados intestinais dos 70 prontuários analisados neste estudo.

Quadro 1. Caracterização clínica e terapêutica dos estomizados intestinais (N=70), segundo as variáveis do estudo. Ribeirão Preto, 2014.

Variáveis	N=70	%
Sexo		
Feminino	37	52,9
Masculino	33	47,1
Comorbidade		
Uma comorbidade	25	35,7
Duas ou mais comorbidades	14	20,0
Sem comorbidades	31	44,3
Diagnóstico		
Neoplasias	46	65,8
Doenças Inflamatórias Intestinais	06	8,6
Lesões Perirretais	04	5,6
Abdome agudo	06	8,6
Outras patologias	08	11,4
Cirurgia prévia intestinal		
Sim	16	22,9
Não	54	77,1
Tipo de Cirurgia		
Eletiva	56	80,0
Urgência	14	20,0
IMC		
Baixo peso (< 18,5 Kg/m ²)	10	14,3
Normal (18,5 a 24,9 Kg/m ²)	15	21,4
Sobrepeso (25 a 29,9 Kg/m ²)	16	22,9
Obesidade (> 30 Kg/m ²)	06	8,5
Tratamento neoadjuvante ou adjuvante		
Quimioterapia/radioterapia adjuvante	40	57,1
Quimioterapia/radioterapia neoadjuvante	09	12,8
Tipo de estomia		
Colostomia	46	65,7
Ileostomia	23	32,9
Jejunostomia	01	1,4
Demarcação pré-operatória de estomia		
Sim	33	47,1
Não	37	52,9
Tempo de estomia		
Sem informações	16	22,9
Temporária	23	32,9
Definitiva	31	44,3
Encaminhamento para Programa		
Sim	50	71,4
Não	20	28,6

A amostra deste estudo foi constituída por 70 (100%) prontuários de pacientes submetidos às cirurgias coloproctológicas com confecção de estomias intestinais, no período de janeiro a dezembro de 2009.

Em relação ao sexo, obtivemos 37 (52,9%) indivíduos do sexo feminino e 33 (47,1%) do sexo masculino.

Em relação às comorbidades, 31 (44,3%) pacientes não apresentaram nenhuma comorbidade, 25 (35,7%) apresentaram uma comorbidade e 14 (20%) apresentaram duas comorbidades ou mais. Entre as comorbidades registradas, a hipertensão arterial foi verificada em 24 (34,3%) pacientes, seguida de cardiopatias em 8 (11,4%), diabetes mellitus em 6 (8,6%) pacientes, HIV/AIDS em 4 (5,7%) e em 4 (5,7%) outras neoplasias.

Outras comorbidades observadas foram o déficit neuromotor em 2 (2,9%) indivíduos e Mal de Alzheimer em 2 (2,9%) pacientes. Estes aspectos podem ser considerados condições limitantes para a realização do autocuidado e assim estes pacientes necessitam de um cuidador no domicílio (CATALDO, 2008).

Do total da amostra (N=70), apenas 5 (7,1%) pacientes possuíam história de tabagismo registrado nas evoluções médicas e de enfermagem, porcentagem abaixo da média nacional que no ano de 2012 foi de 14,8% (BRASIL, 2014).

Em relação ao IMC, 10 (14,3%) pacientes apresentavam baixo peso, 15 (21,4%) pacientes estavam dentro do padrão de normalidade (18,5 a 24,9 Kg/m²), 16 (22,9%) apresentavam sobrepeso (25 a 29,9 Kg/m²) e 6 (8,5%) pacientes eram obesos (> 30 Kg/m²).

Os desafios para a confecção de uma estomia intestinal no paciente obeso são maiores em relação ao indivíduo eutrófico. A técnica de demarcação tradicional pode não ser a mais indicada em pacientes obesos. A parede abdominal de indivíduos obesos possui uma espessura maior devido ao acúmulo de tecido adiposo. Esta consideração é de extrema importância, pois a alça intestinal que será exteriorizada necessita de extensão suficiente para atravessar a parede abdominal, de forma que o estoma mantenha-se vascularizado e fixo acima da pele, evitando complicações como desabamento, retração e isquemia. Além disso, muitos pacientes obesos não conseguem visualizar a parte inferior do abdome, o que dificultaria o autocuidado, caso a estomia seja confeccionada nesta localização. Nestas situações, o estoma deve ser confeccionado na parte superior do músculo

reto-abdominal para a higiene local, aplicação e manipulação da bolsa coletora e de adjuvantes (BECK, 2011).

Em relação ao diagnóstico médico para a necessidade de intervenção cirúrgica com confecção de estomia intestinal, o mais frequente foi neoplasia maligna, apresentada por 46 (65,8%) pacientes. Destas neoplasias, 37 (52,9%) eram CCR e seis (8,6%) câncer de canal anal. Seis (8,6%) pacientes apresentaram o quadro de abdome agudo e 6 (8,6%) possuíam o diagnóstico de DII. Entre outras patologias e situações, que indicaram a necessidade desta intervenção cirúrgica verificamos lesões perirretais, enterorragia, polipose adenomatosa familiar e úlcera por pressão.

No estudo de Santos et al. (2007), realizado em Campo Grande (MS), dos 178 (100%) pacientes com estomias incluídos na análise, 102 (67,1%) dos casos tiveram como diagnóstico principal a neoplasia maligna, sendo que o CCR e câncer de canal anal corresponderam a 63,7%. A segunda causa foi o trauma abdominal, com 13 (7,3%) casos, e terceira foi úlcera por pressão com 12 (6,7%) casos para desvio de trânsito intestinal para prevenir infecção da ferida.

No artigo de Fernandes et al. (2010), a maioria (75,0%) dos pacientes necessitou de estoma devido à neoplasia maligna de reto em 8 (66,7%) pacientes e de cólon em 1 (8,3%) paciente. Os demais (25%) apresentavam doença inflamatória.

Os casos de neoplasia em mulheres representam 52% do total de casos novos no Brasil, segundo a Estimativa da Incidência de Câncer para o ano de 2014. A incidência do CCR, em ambos os sexos, tem crescido rapidamente, ultrapassando o câncer gástrico em homens, que ocupava a terceira posição em 2010 e o de colo de útero em mulheres, que era o segundo mais incidente em 2012 (BRASIL, 2014).

Em relação à quimioterapia antineoplásica e radioterapia neoadjuvante e adjuvante, foi observado o registro de 40 (57,1%) tratamentos adjuvantes e 9 (12,8%) tratamentos neoadjuvantes em 46 (65,8%) pacientes com diagnóstico oncológico.

A cirurgia, ainda, é considerada o único tratamento curativo para o CCR. A quimioterapia antineoplásica e radioterapia, associadas ou não, podem ser neoadjuvantes, cujo objetivo é diminuir a massa tumoral, com o intuito de aumentar a possibilidade de ressecção cirúrgica total do tumor e diminuir a possibilidade de recidiva local e metástase à distância. As implicações da cirurgia para ressecção do tumor têm relação direta com o estadiamento da doença no momento do diagnóstico,

pois quanto mais avançado, maior será a extensão do procedimento. O tratamento cirúrgico desta neoplasia pode trazer consequências mutilatórias como a estomia intestinal e, por conseguinte, alterações da imagem corporal e autoestima, dificuldades de manutenção de atividades sociais, laborais e de lazer, comprometendo a reabilitação e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (OLIVEIRA et al., 2010).

Em relação ao caráter do procedimento cirúrgico realizado, 56 (80%) pacientes foram submetidos às cirurgias eletivas e 14 (20%) às cirurgias de urgência. Neste estudo, todos os pacientes submetidos às cirurgias de urgência não foram demarcados, já que as circunstâncias impedem o planejamento da demarcação prévia, pois na unidade de internação não há um enfermeiro-estomaterapeuta e a demarcação tem sido realizada por estomaterapeuta não vinculado à Instituição hospitalar.

As maiores taxas de complicações de estoma foram observadas em cirurgias de urgência/emergência, sendo que este fato tem sido relacionado em parte a não demarcação de estoma pré-operatória. Outro fato que pode implicar na maior incidência de complicações é a experiência do cirurgião, pois nas cirurgias de urgência a equipe cirúrgica, em geral, não é especializada na área de Coloproctologia (MILLAN et al., 2009).

Em relação à existência de cirurgias prévias, 16 (22,9%) pacientes haviam sido submetidos às cirurgias intestinais prévias e 54 (77,1%) realizaram a cirurgia colorretal pela primeira vez.

A história pregressa de cirurgia abdominal representa um fator de risco para o desenvolvimento de complicações de estoma e de pele periestoma, pois a existência de cicatrizes abdominais, além de dificultar a técnica da demarcação e a refiação do estoma, prejudicam a integridade do tecido subcutâneo e a musculatura, o que pode aumentar a possibilidade de complicações como prolapso e hérnia periestoma (PAULA, SANTOS 1999; ARUMUGAM et al., 2003; CRUZ et al., 2008; HOCEVAR, 2010; ROCHA 2011).

Em relação ao tipo de estomia, 46 (65,7%) pacientes tinham colostomia, 23 (32,9%) apresentavam ileostomia e apenas 1 (1,4%) com jejunostomia.

As diferenças anatomofisiológicas entre a ileostomia e a colostomia, descritas anteriormente, influenciam diretamente no autocuidado. O ileostomizado necessita realizar o esvaziamento com maior frequência e a troca do equipamento coletor para

evitar extravasamento de fezes líquidas e alcalinas, que pode resultar em dermatites. O desequilíbrio hidroeletrólítico e a falta de nutrientes também são mais comuns em pacientes ileostomizados, pois a absorção fica limitada ao intestino delgado. Segundo a literatura, as ileostomias possuem uma maior taxa de complicações comparada às colostomias (SANTOS, CESARETTI, 2000; SINCLAIR, 2009; RATLIFF, 2010; ROCHA 2011).

Em relação à realização da demarcação pré-operatória de estomia intestinal, 37 (52,9%) pacientes não foram demarcados, enquanto 33 (47,1%) foram submetidos à demarcação. Mahjoubi et al. (2005), analisaram a prevalência de complicações em 330 (100%) pacientes, sendo que todos foram demarcados no pré-operatório.

Em relação ao tempo de permanência da estomia intestinal, 31 (44,3%) pacientes permaneceram com estoma definitivo. Foram considerados estomas definitivos, aqueles cuja cirurgia para sua confecção não permitiam a reconstrução do trânsito intestinal, bem como aqueles pacientes que faleceram sem ter realizado a cirurgia para reconstrução de trânsito (RTI), com fechamento do estoma. Em relação à permanência temporária da estomia obtivemos 23 (32,9%) pacientes e em 16 (22,9%) prontuários não havia registro em relação ao desfecho do seguimento do paciente no pós-operatório da cirurgia com confecção de estomia.

Em relação ao encaminhamento para os programas governamentais para os estomizados, onde estes pacientes podem ser cadastrados para aquisição gratuita de equipamentos coletores e equipamentos adjuvantes, 50 (71,4%) indivíduos receberam este encaminhamento, enquanto que em 20 (28,6%) pacientes não havia registros em prontuário sobre esta contrarreferência.

Um estudo inglês examinou a incidência e os potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações em estomias intestinais. Foram incluídos 1.216 (100%) pacientes com pelo menos dois anos de seguimento pós-operatório, sendo que 647 (53,2%) apresentavam colostomia e 569 (46,8%) ileostomias. As indicações para a cirurgia foram os diagnósticos de câncer em 544 (44,7%) pacientes, DII em 343 (28,2%) pacientes, diverticulite em 154 (12,7%), incontinência fecal em 82 (6,7%), trauma em 68 (5,6%) e polipose adenomatosa familiar em 25 (2,1%) pacientes. Do total, 1087 (89,4%) pacientes foram demarcados no pré-operatório e 1039 (95,6%) foram submetidos às cirurgias eletivas. Ainda, do total de 1.216 (100%) pacientes, em 681 (56,0%) pacientes ocorreu um total de 1.219

complicações, ou seja, 1,8 complicações por paciente. Excluindo-se a dermatite, a incidência de complicações na amostra foi de hérnia periestoma em 171 (14,1%) pacientes, sangramento em 156 (12,8%), obstrução em 116 (9,5%), isquemia em 100 (8,2%), fístula em 74 (6,1%), retração em 72 (5,9%), prolapso em 66 (5,4%) e estenose em 52 (4,3%) pacientes. Com a análise de regressão logística mostrou-se como fatores de risco independentes para as complicações em estomas intestinais, as comorbidades osteomusculares (artrite reumatoide e outras disfunções), que limitam a mobilidade e as atividades diárias, a classificação do estado físico do paciente no pré-operatório com a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) maior que escore 2 e cirurgia oncológica. Já a demarcação pré-operatória por uma ET foi considerado como fator de proteção. Doenças respiratórias, diabetes e a confecção de estomia terminal, além da cirurgia oncológica foram fatores de risco para o desenvolvimento de hérnia periestoma (NASTRO et al., 2010).

Um estudo retrospectivo analisou prontuários de pacientes cadastrados no Programa de Ostomizados de Campo Grande (MS), sendo que 178 prontuários foram avaliados, sendo que 56,7% eram homens e 43,3% mulheres. A média de idade dos pacientes foi de 54, 6 anos para o sexo feminino e de 46, 8 anos para o sexo masculino. Em relação ao tipo de estomia intestinal, foram encontradas 152 (85, 4%) colostomias, 21 (11,8%) ileostomias e 5 (2,8%) urostomias. Assim como nosso estudo, o principal diagnóstico foi a neoplasia em 46, 6% casos. Em seguida, os traumas abdominais com 7,3%, e o desvio de trânsito intestinal em 6,7% dos pacientes por úlceras por pressão. A má adaptação da bolsa coletora no estoma ocorreu em 90 (50,6%) pacientes. Em 103 (57, 9%) pacientes foram verificadas complicações de estoma como dermatite periestoma em 28,7% pacientes, estoma plano em 24 (18,6%), hérnia periestoma em 16 (10,7%) e retração em 14 (10,1%) pacientes (SANTOS et al., 2007).

No Quadro 2, apresentamos a caracterização das complicações de estoma e de pele periestoma na amostra de ostomizados intestinais demarcados e não demarcados no nosso estudo.

Dos prontuários de pacientes analisados (N=70), verificamos a presença de 45 (64,3%) complicações, sendo que alguns pacientes chegaram a apresentar quatro diferentes tipos de complicação de estoma e pele periestoma.

Quadro 2. Caracterização das complicações de estoma e de pele periestoma em estomizados intestinais demarcados e não demarcados (N=70). Ribeirão Preto, 2014.

Tipo de complicação	Demarcados (N 33)		Não demarcados (N 37)		TOTAL (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Estenose	0	0	01	2,7	01	1,4
Prolapso	3	9,1	01	2,7	04	5,7
Necrose	0	0	0	0	0	0
Retração	0	0	2	5,4	2	2,9
Isquemia	0	0	0	0	0	0
Deiscência	0	0	1	2,7	1	1,4
Fístula	0	0	1	2,7	1	1,4
Sangramento	1	3,0	3	8,1	4	5,7
Infecção	0	0	1	2,7	1	1,4
Lesão na mucosa	0	0	0	0	0	0
Má adaptação	0	0	1	2,7	1	1,4
Distúrbio hidroeletrolítico	0	0	1	2,7	1	1,4
Extravazamento	0	0	4	10,8	4	5,7
Dermatite	3	9,1	6	16,2	9	12,9
Hérnia periestoma	4	12,1	4	10,8	8	11,4
Abcesso	0	0	0	0	0	0
Mau funcionamento do estoma	2	6,1	3	8,1	5	7,1
Desabamento do estoma	0	0	2	5,4	2	2,9
Edema	1	3,0	1	2,7	2	2,9
Dor	1	3,0	0	0	1	1,4

No grupo G1 Demarcados (N=33), obtivemos 33 (100%) pacientes, com registro de 13 (39,4%) complicações, enquanto que no grupo G2 Não demarcados (N=37) encontramos 32 (86,5%) complicações.

Em relação à estenose, nenhum paciente do G1 Demarcados (N=33) apresentou esta complicação, enquanto que no G2 Não demarcados (N=37) foi observado 1 (2,7%) caso de estenose. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de estenose foi de 1,4%.

No estudo de Nastro et al. (2010), entre os 1216 pacientes estomizados, 88,7% foram demarcados por uma ET no pré-operatório, sendo que 52 (4,3%) do total de pacientes apresentaram estenose. Mahjoubi et al. (2005), analisaram 330 pacientes e encontraram uma frequência de estenose de 9,69%.

Em relação ao prolapso, 3 (9,1%) pacientes do G1 Demarcados (N=33) apresentaram esta complicação, sendo que no G2 Não demarcados (N=37) verificou-se 1 (2,7%) paciente com prolapso. Ao todo, entre os 70 pacientes, a porcentagem de prolapso foi de 5,7%.

Cottam et al. (2006) ao analisarem a incidência de complicações de estomia na terceira semana de pós-operatório em 256 hospitais no Reino Unido, constataram um total de 3970 estomas registrados, cujos 1329 (34%) pacientes tiveram algum tipo de complicação, sendo que 22 (1,7%) pacientes apresentaram prolapso.

Não foi verificado nenhum caso de necrose nos grupos G1 Demarcados e G2 Não demarcados.

Em relação à retração, não houve no G1 Demarcados (N=33), enquanto que G2 Não demarcados (N=37) foi observado 2 (5,4%) casos de retração. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de retração foi de 2,9%.

No estudo prospectivo de Arumugam et al. (2003) foram relatadas complicações em 50,5% dos 97 estomas avaliados, sendo que a retração ocorreu em 23 (23,7%) pacientes e esta foi a complicação mais frequente do estudo.

Não foi verificado registros de isquemia em nenhum dos 70 prontuários analisados.

Em relação à deiscência, foi observado apenas um caso (1,4%) entre os 70 pacientes, sendo que esta ocorreu em 1 (2,7%) paciente no G2 Não demarcados (N=37). Cottam et al. (2006) obteve uma incidência de deiscência de 24% (318/1329) nas 3 primeiras semanas de pós-operatório.

Em relação à fístula, nenhum paciente demarcado apresentou esta complicação, enquanto no G2 Não demarcados (N=37) foi observado 1(2,7%) caso de fístula. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de estenose foi de 1,4%. O estudo de Nastro et al. (2010) apresentou uma incidência de fístula de 6,1%, correspondendo a 74 pacientes dos 1216 pacientes avaliados.

Em relação à complicação sangramento, 1 (3%) paciente no G1 Demarcados (N=33) o apresentou. Já no G2 Não demarcados (N=37) foi observado 3 (8,1%) casos de sangramento. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de sangramento foi de 5,7%. Em outros estudos, a incidência de sangramento da estomia foi alta, entre 12,8 % e 34,5% (NASTRO et al., 2010; MAHJOUBI et al., 2005).

Não houve casos de lesão na mucosa do estoma em nenhum dos grupos.

Em relação à má adaptação da bolsa coletora, não ocorreu no G1 Demarcados (N=33). No G2 Não demarcados (N=37) houve 1 (2,7%) caso de má adaptação da bolsa coletora. A porcentagem de má adaptação foi de 1,4% no total de 70 pacientes. Não foram encontrados dados sobre este tipo de complicação em nenhum estudo na nossa revisão de literatura.

Em relação aos distúrbios hidroeletrólíticos, nenhum paciente demarcado apresentou esta complicação. No G2 Não demarcados (N=37) verificamos 1 (2,7%) caso desta complicação. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de distúrbios hidroeletrólíticos foi de 1,4%. Não foram encontrados dados sobre este tipo de complicação em nossa revisão de literatura.

Em relação ao extravasamento, não houve casos entre os pacientes demarcados. No G2 Não demarcados (N=37) constatou-se 4 (10,8%) casos de extravasamento. A porcentagem desta complicação no total de 70 pacientes foi de 5,7%. Apesar de ser uma complicação frequentemente citada, o extravasamento não foi analisado estatisticamente nos estudos de nossa revisão de literatura, sendo considerado na maioria dos estudos como uma situação pontual para o paciente. No entanto, outras complicações como a dermatite e a retração do estoma podem estar diretamente ou indiretamente relacionadas com o extravasamento de efluente intestinal, principalmente se for de ileostomia (JORDAN, BURNS, 2013).

Em relação à dermatite, 3 (9,1%) pacientes no G1 Demarcados (N=33) apresentaram esta complicação. No G2 Não demarcados (N=37) foram verificados 6 (16,2%) casos. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de dermatite foi de 12,9%, sendo esta a complicação mais frequente em nosso estudo.

Santos et al. (2007) também identificaram a dermatite como a complicação com maior taxa, que foi de 28,7%. Persson et al. (2009) identificaram a dermatite como a complicação de maior incidência em pacientes com ileostomia do que aqueles com colostomia.

Em relação à hérnia periestoma, 4 (12,1%) pacientes do G1 Demarcados (N=33) apresentaram esta complicação. Observou-se 4 (10,8%) registros de hérnia periestoma no G2 Não demarcados (N=37). Ao todo, entre os 70 pacientes, a porcentagem de hérnia periestoma foi de 11,4%.

Nastro et al. (2010) verificaram incidência de 14% de hérnia periestoma. No estudo brasileiro de Santos et al. (2007) averiguou-se que dentre os 178 prontuários analisados, 10,7% apresentaram esta complicação.

Não houve registros de casos de abscesso entre os 70 prontuários analisados no nosso estudo.

Em relação ao mau funcionamento do estoma, 2 (6,1%) pacientes do G1 Demarcados (N=33) apresentaram esta complicação. Já no G2 Não demarcados (N=37), observou-se 3 (8,1%) casos de mau funcionamento do estoma. No total dos 70 pacientes, a porcentagem desta complicação foi de 7,1%.

Em relação desabamento do estoma, nenhum paciente demarcado apresentou esta complicação, enquanto que no G2 Não demarcados (N=37) foram observados 2 (5,4%) casos de desabamento. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de desabamento foi de 2,9%. Também não foram encontrados registros sobre este tipo de complicação em nossa revisão de literatura.

Em relação ao edema, 1 (3%) paciente do G1 Demarcados (N=33) apresentou esta complicação. No G2 Não demarcados (N=37) verificamos 1 (2,7%) registro de edema. No total dos 70 pacientes, a porcentagem de edema foi de 2,9%. Fernandes et al. (2010) observaram dois (16,6%) casos de edema em 12 pacientes avaliados.

Em relação à dor, apenas 1 (3%) caso foi registrado no do G1 Demarcados (N=33). Não houve registro desta complicação no G2 Não demarcados (N=37). A porcentagem de dor na amostra de 70 pacientes do nosso estudo foi de 1,4%.

No estudo de Mahjoubi et al. (2005) também foi observado que 6,36% da amostra apresentaram dor no local da estomia.

6. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento de nosso estudo sobre as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais submetidos ou não a demarcação pré-operatória, verificamos que:

- do total de 70 (100%) prontuários analisados, verificamos que 37 (52,9%) pertenciam ao sexo feminino e 33 (47,1%) masculino. Houve predomínio de 31 (44,3%) sem comorbidades, diagnóstico oncológico 46 (65,8%), 54 (77,1%) nunca haviam sido submetidos às cirurgias intestinais prévias, 56 (80%) cirurgias eletivas e 40 (57,1%) registros de tratamentos adjuvantes; predomínio de 46 (65,7%) colostomias e 31 (44,3%) estomas definitivos. Do total (N=70), 33 (47,1%) foram demarcados no pré-operatório e 37 (52,9%) não;
- entre os 70 prontuários, as complicações mais registradas foram a dermatite 9 (12,9%), a hérnia periestoma 8 (11,4%), mau funcionamento do estoma 5 (7,1%), prolapso 4 (5,7%), sangramento 4 (5,7%) e extravasamento 4 (5,7%);
- Em relação às complicações de estoma, no G1 Demarcados identificamos 15 complicações, sendo a hérnia periestoma a mais frequente com quatro casos (12,1%). No G2 Não demarcados obtivemos 32 complicações, sendo a dermatite a mais frequente, com seis casos (16,1%).

Em amostra de nosso estudo, houve predomínio do diagnóstico de neoplasia, da colostomia e das complicações dermatite, seguida de hérnia periestoma. Estes resultados corroboram com os achados dos estudos referenciados na discussão. No entanto, a presença de complicações de estoma e pele periestoma encontradas foram menores em relação aos outros estudos. Estas diferenças podem estar relacionadas ao tamanho da amostra do nosso estudo, bem como ao delineamento da pesquisa.

Para a enfermagem, nossos resultados implicam no planejamento sistematizado da assistência no pré-operatório, que deve incluir avaliação clínica, demarcação e ensino do autocuidado. O ensino do autocuidado deve ocorrer desde o momento da admissão até a alta hospitalar, com continuidade no seguimento ambulatorial para que o enfermeiro identifique as necessidades do paciente e assim,

indique os equipamentos coletores e adjuvantes mais adequados para o atendimento das necessidades, considerando-se as condições físicas, limitações e atividades cotidianas do paciente. Portanto, o conhecimento do perfil dos pacientes com estomia intestinal torna-se importante para subsidiar uma assistência de enfermagem especializada e individualizada.

Os pacientes demarcados apresentaram um menor número de complicações em relação aos pacientes não demarcados no pré-operatório. Contudo, é necessário que se estabeleça correlações entre a demarcação e os demais fatores de risco para a ocorrência de complicações de estoma e de pele periestoma, descritos na literatura, como a idade, IMC, técnica cirúrgica, tipo de estoma e eletividade do procedimento. Estudos futuros sobre a correlação dos fatores de risco e estas complicações de estoma e pele periestoma possibilitarão o aprimoramento de medidas preventivas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de coleta de dados, a Instituição passou por reformas na infraestrutura e mudança de local do Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Anteriormente, o SAME possuía três locais para armazenamento do prontuário, sendo que os prontuários ativos, de pacientes com registro de atendimento no hospital há menos de dois anos, ficavam arquivados em espaço no prédio principal do HCFMRP campus. As Seções de Arquivo Médico, Sala de Pesquisas, Documentação Médica e Dados Médicos, setores responsáveis pela consulta a prontuários e agendamento, foram transferidos com alocação para outro espaço, onde antigamente se localizava o Arquivo semiativo. Assim, por três semanas não foi possível solicitar ou consultar prontuários, prejudicando o andamento da coleta de dados.

O Arquivo semiativo é de prontuários de pacientes com registro hospitalar e atendimento há mais de dois anos, e o Arquivo morto é destinado para prontuários de indivíduos falecidos há mais de dois anos. Tanto o Arquivo semiativo como o Arquivo morto, foram alocados em um novo imóvel, nos limites do HCFMRP - Campus. Esta mudança dos Setores do Arquivo semiativo e do Arquivo morto impossibilitou a consulta de diversos prontuários de pacientes selecionados para a pesquisa por um período de aproximadamente dois meses, já que grande porcentagem da amostra faleceu antes de completar três anos de pós-operatório, período estabelecido para a análise dos registros. Isto resultou novamente em dificuldades para a realização da coleta de dados.

Outro desafio encontrado era o fato de muitos prontuários possuírem vários volumes, em especial, os de pacientes oncológicos e que apresentaram complicações pós-operatórias. Como exemplo, podemos citar o prontuário de um paciente com estomia intestinal, submetido a um transplante de medula óssea, com longa permanência de hospitalização, que possuía um total de 11 volumes de prontuário. Era necessário avaliar todos os registros médicos e de enfermagem dos pacientes do estudo, durante os três anos de pós-operatório, assim sendo, quanto maior o tempo de hospitalização, mais complexo e extenso eram as evoluções médicas e de enfermagem, demandando longos períodos de coleta de dados e de análise.

Um dos aspectos limitantes desta pesquisa envolve a qualidade dos registros e evoluções dos profissionais da saúde. Durante a análise dos prontuários dos pacientes da amostra deste estudo, foi observado pouco detalhamento em relação as particularidades dos estomas e da assistência especializada ao estomizado no pós-operatório. Aspectos como funcionamento diário da estomia, características do efluente, tipo de bolsa coletora e equipamentos coletores utilizados e adjuvantes de proteção da pele periestoma e de ensino do autocuidado, não foram encontrados nos registros na evolução de enfermagem.

Neste estudo, 12 prontuários foram excluídos da pesquisa, pois apesar de haver registro de procedimento cirúrgico no sistema eletrônico de busca do SAME, não havia presença de ficha operatória no prontuário. A ficha operatória é um documento elaborado pelo cirurgião responsável pelo procedimento cirúrgico, no qual constam os registros referentes ao procedimento cirúrgico, com descrição da técnica operatória, diagnóstico pós-operatório, achado cirúrgico, tempo de abordagem e os integrantes da equipe médica que participaram do procedimento.

Estes apontamentos interferiram no desenvolvimento da coleta de dados, reduzindo o tamanho da amostra do nosso estudo.

Para futuros estudos sobre as complicações de estoma e de pele periestoma e de demarcação de estoma pré-operatória, recomendamos a elaboração de estudos prospectivos controlados na busca de maiores subsídios para a prevenção destas complicações em estomizados intestinais.

REFERÊNCIAS

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

ARUMUGAM, P.J. et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. **Colorectal Disease**, n. 5, p. 49–52, 2003.

BASS, E.M. et al. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? **Dis Colon Rectum**, United States of America, v. 40, n. 4, p. 441-443, 1997.

BECK, S.J. Stoma issues in the obese patient. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**, v. 24, n. 4, p. 259-262, 2011.

BRAND, M.I.; DUJOVNY, N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 21, n.1, p. 5–16, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n 2, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, p. 72, 2008.

_____. 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.

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. São Paulo; 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

BUTLER, D.L. Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 36, n. 5, p. 513-519, 2009.

CATALDO, P. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 21, n. 1, p. 17–22, 2008.

CARVALHO, D.M. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu. 2006.

CESARETTI, I.U.R. Dermatite periestoma: da etiologia ao tratamento e assistência de enfermagem. **Acta Paul. Enf**, v. 10, n. 2, p. 80-7, 1997.

_____. et al. Irrigação da colostomia: revisão acerca de alguns aspectos técnicos. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 2, p. 338-44, 2008.

_____.; SANTOS, V.R.C.G.; VIANNA, L.A.C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 16-2, 2010.

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.

COSCIA, M. et al. Risk of permanent stoma in extensive Crohn's colitis: the impact of biological drugs. **Colorectal Disease**, v. 15, p. 1115-1122, 2013.

CRUZ, G.M.G. et al. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 76 estomas realizados em 870 pacientes Portadores de Câncer Colorretal. **Rev. Bras. Coloproct.**; v. 28, n.1, p. 50-61, 2008.

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.

HOCEVAR, B.J. WOC Nurse consult moist, painful peristomal skin. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 37, n. 1, p. 163-165, 2010.

JORDAN, R.S., BURNS, J.L. Understanding stoma complications: Learn how to identify and manage stoma hernias, trauma, mucocutaneous separation, necrosis, prolapse, retraction, and stenosis. **Wound Care Advisor**, v. 2, n. 4, p. 21-24, 2013.

KANN, B.R. Early stomal complications. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**, v. 21, n. 1, p.23-30, 2008

KIM, M.S. KIM, H.K. KIM, D.Y. JU, J.K. The influence of nutritional assessment on the outcome of ostomy takedown. **J Korean Soc Coloproctol**, v. 28, n. 3, p. 145-151, 2012.

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.

MILLAN, M.; TEGIDO, M.; BIONDO, S.; GARCÍA-GRANERO, E. Preoperative stoma and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. **Colorectal Disease**, v.12, n. 7, p. 88-92, 2009.

NASTRO, P. et al. Complications of intestinal stomas. *British Journal of Surgery*, v. 97, p. 1885-1889, 2010.

OLIVEIRA, M.S. et al. Associação da dieta com câncer colorretal: revisão integrativa. **Rev enferm. UFPE on line**, v. 4, n. (spe), p. 1-6, 2010.

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

PARMAR, K.L. et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. **Colorectal Disease**, Great Britain and Ireland, v. 13, p. 935-938, 2011.

PAULA, R.A.B; SANTOS, V.L.C.G. Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestoma em ostomizados da cidade de São Paulo. **Rev. Escola. Enfermagem. USP**, v. 33, (Número especial), p. 63-73,1999.

PERSON, B. et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patients's independence. **Diseases of the Colon e Rectum**, Israel, v.55, n. 7, 2012.

PERSSON, et al. Stoma-related complications and stoma size – a 2-year follow up. **Colorectal Disease**, v.12, n. 1, p. 971-976, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T; **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**, Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATLIFF, C.R. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, Charlottesville, v. 37, p. 45, p. 505-510, 2010.

RATLIFF, C.R.; SCARANO, K.A.; DONOVAN, A.M. Descriptive study of peristomal complications. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, Charlottesville, v. 1, n. 38, p. 33-37, 2006.

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

SALVADALENA, G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy. A systematic review. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v.35, n.6, p. 596-60, 2008.

SANTOS, C.H.M. et al. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao Estoma. **Rev. Bras. Coloproct**, 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: Atheneu, 2000.

SINCLAIR, L.G. Young adults with permanent ileostomies experiences during the first 4 years after Surgery. **J. Wound Ostomy Continence Nurs**, United States of America, v. 36, n. 3, p. 306-316, 2009.

SMELTZER, S.C. et al. **Brunner & Suddarth -Tratado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008.

SONOBE, H.M.; BARICHELO, E.; ZAGO, M.M. F. Visão do colostomizado sobre uso da bolsa de colostomia. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 48, n. 1, p. 341-348, 2002.

SUNG, Y.H. et al. Factors affecting ostomy – related complications in Korea. **J. Wound Ostomy Continence Nurs**, United States of America, v. 37, n .2, p. 166-172, 2010.

WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. ASCRS and WOCN Joint Position Statement on the Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Fecal Ostomy Surgery. **J. Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 34, n. 6, p. 627-628, 2007.

_____. **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

Número: _____ Data: _____
 Registro do paciente: _____ Sexo: F () M ()
 Motivo de saída: Óbito () Concluído () Censurado ()
 Hospital onde foi realizada cirurgia com confecção de estomia :
 HC campus () HC-UE () Outros: _____
 Sem informações ()
 Data de nascimento: _____ Data do diagnóstico: _____
 Hipótese diagnóstica: _____
 Comorbidades: _____

 Internação: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Data: _____
 Sem informações ()
 Óbito: sim () não () Sem informações () Data: _____
 Causa: _____
 Cirurgias intestinais prévias: _____ Datas: _____ E= Eletiva / U=Urgência
 _____ E () U ()
 _____ E () U ()
 _____ E () U ()
 _____ E () U ()
 _____ E () U ()

Estoma:

1- Demarcação: sim () não () Data: _____
 Informações registradas:
 Ensino sobre a cirurgia e consequências: sim () não ()
 Posições: supina () sentado () em pé ()
 Anormalidades da topografia abdominal: _____
 Medidas: Lado direito - Crista Ilíaca – Umbigo _____ CI-Arco costal _____
 AC-U _____ Adequação da medida: _____
 Lado esquerdo - Crista Ilíaca – Umbigo _____ CI-Arco costal _____
 AC-U _____ Adequação da medida: _____

 Cirurgia realizada: _____
 Data: _____ E () U ()
 Ileostomia () Colostomia () Outras: _____
 Temporária () Período: _____
 Definitiva ()
 Encaminhamento para o Programa de Ostomizados: sim () não ()
 Programa: _____

 2- Demarcação: sim () não () Data: _____
 Posições: supina () sentado () em pé ()
 Anormalidades da topografia abdominal: _____
 Cirurgia proposta: _____
 Cirurgia realizada: _____
 Data: _____ E () U ()

APÊNDICE B – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 31 de Janeiro de 2013

Ilma.

Prof^a Dr^a Lucila Castanheira Nascimento

DD. Coordenadora do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Prezada Senhora

Os dados serão coletados em prontuários de pacientes submetidos a cirurgia com confecção de estomia intestinal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), nos anos de 2007 a 2011. Calcula-se, pela rotina cirúrgica da especialidade de Coloproctologia neste período, um número 600 pacientes estomizados. Entre eles, haverá pacientes que foram a óbito, que perderam ou finalizaram seu seguimento no ambulatório do HCFMRP, que foram encaminhados para outras instituições de saúde e que residem em outros Estados do país. Portanto, torna-se inviável a solicitação de consentimento a todos os indivíduos. Gostaria também de confirmar o compromisso de que será preservado de forma integral e absoluta a privacidade e o anonimato dos pacientes cujos dados serão analisados.

Desde já agradecemos a atenção e me coloco à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Marissa Silva de Oliveira
No. USP 5907104

Prof. Dra. Helena Megumi Sonobe
No. USP 844502
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

ANEXO A –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA EERP.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Demarcação de estomia intestinal: avaliação de complicações precoces e tardias.

Pesquisador: Marissa Silva de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11100813.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 324.794

Data da Relatoria: 26/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como finalidade realizar o levantamento de informações sobre as complicações precoces e tardias em estomizados intestinais em prontuários de pacientes atendidos na especialidade da Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP/FMRP-USP).

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil da clientela com estomia intestinal, que foram demarcados no período pré-operatório e os que não foram demarcados, atendidos na Especialidade Coloproctologia de um hospital público de ensino;

Identificar complicações de estoma e pele peristoma precoces e tardias nesta clientela;

Comparar a prevalência de complicações precoces e tardias entre os pacientes submetidos à demarcação de estoma pré-operatória e os que não foram demarcados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os dados serão coletados nos prontuários do Arquivo Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Os riscos esperados ao desenvolver esta pesquisa são mínimos, e estão relacionados à quebra de sigilo dos dados confidenciais e privativos dos sujeitos. Para evitar tal situação, todos os pacientes serão identificados por códigos, de maneira que

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 324.794

impossibilite a identificação do sujeito de pesquisa.

Benefícios: Buscamos contribuir com evidências científicas para subsidiar o cuidado de enfermagem daqueles indivíduos submetidos aos procedimentos cirúrgicos que resultaram em estomia intestinal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aborda temática atual e relevante para a ampliar e melhorar a prática de enfermagem junto a pacientes estomizados. O método adotado apresenta-se apropriado e exequível para atender aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada; com previsão de composição da amostra por 600 sujeitos; projeto e cronograma adequados e exequíveis; orçamento detalhado; apresenta autorização do responsável pelo acesso ao prontuário do paciente do HCRP/FMRP-USP, do chefe da disciplina de coloproctologia e do departamento de cirurgia e anatomia da FMRP-USP, ofício de encaminhamento ao CEP e ofício de dispensa do TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta devidamente todos os termos exigidos, incluindo termo de dispensa do TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 21ª reunião extraordinária do CEP-EERP-USP

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 324.794

RIBEIRÃO PRETO, 03 de Julho de 2013

Assinador por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

ANEXO B - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 26 de julho de 2013

Projeto de pesquisa: “DEMARCAÇÃO DE ESTOMIA INTESTINAL: AVALIAÇÃO DE COMPLICAÇÕES PRECOSES E TARDIAS”

Pesquisador responsável: Marissa Silva de Oliveira

Orientador da pesquisa: Prof^ª Dr^ª Helena Megumi Sonobe

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP-USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ciente e de acordo:

Dr^ª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica – HCFMRP-USP