



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

---

**Janderson Cleiton Aguiar**

**PERFIL DE UMA POPULAÇÃO ESTOMIZADA  
INTESTINAL PROVISÓRIA E MOTIVOS DE NÃO  
RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL**

**São José do Rio Preto**  
**2017**

**Janderson Cleiton Aguiar**

**Perfil de uma população estomizada  
intestinal provisória e motivos de não  
reconstrução de trânsito intestinal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre. *Área de Concentração*: Processo do Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Educação na Saúde e Processo do Cuidar nos Ciclos de Vida. *Grupo de Pesquisa*: Educação em Saúde (EDUS).

Orientador: Maria Helena Pinto  
Coorientador: Adriana Pelegrini dos Santos Pereira.

**São José do Rio Preto  
2017**

Aguiar, Janderson Cleiton

Área do Conhecimento e Linhas de Pesquisa em Enfermagem:  
Educação em saúde e processo de cuidar nos ciclos da vida/. Janderson  
Cleiton Aguiar.

São José do Rio Preto; 2017.

64 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em  
Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de trabalho em saúde

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e processo de cuidar nos ciclos  
da vida. Grupo de Pesquisa: Educação em saúde (EDUS).

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Helena Pinto

Coorientador: Prof. Dr. Adriana Pelegrini dos Santos Pereira

1. Estomia; 2. Estomas Cirúrgicos; 3. Cuidados de Enfermagem; 4.  
Perfil de Saúde, 5. Acontecimentos que Mudam a Vida

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup> Maria Helena Pinto**  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

**Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Maria Amelia Zanon Ponce**  
Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto

**Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup> Daniela Alcalá Pompeo**  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

**Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup> Lilian Cristina de Castro Rossi**  
União das Faculdades dos Grandes Lagos - Unilago

São José do Rio Preto, 01/02/2017

*Dedico esse trabalho a minha família, pelo apoio que ofereceram durante toda a trajetória de estudo e trabalho.*

*As pessoas estomizadas, pelo incentivo e colaboração.*

*Aos meus professores, desde o ensino básico até os dias atuais, por sempre terem me apoiado e me incentivado a continuar, mesmo quando esmorecia. Aprendi com todos eles a importância da educação e de como ela tem o poder de transformar realidades, e com esse sentimento no coração que busquei me tornar educador.*

*Aos meus amigos que sempre estiveram presentes nas circunstâncias mais adversas e nunca me deixaram experimentar a verdadeira solidão, mesmo nos momentos mais difíceis da minha vida.*

*Aos meus colegas de trabalho que colaboraram a tornar esse sonho realidade.*

*Agradeço a Deus, e aos meus protetores espirituais, que sempre me guiaram e me deram força, sabedoria e discernimento para trilhar o meu caminho e alcançar meus objetivos.*

*À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Helena Pinto, por todas as suas qualidades, enquanto pessoa, professora, orientadora, por sua compreensão, pelos ensinamentos, competência científica, disponibilidade e paciência.*

*À minha co-orientadora, Profa. Dra. Adriana Pelegrini dos Santos Pereira, pelo incentivo desde a graduação para me capacitar, qualificar, buscando sempre me superar. Por todas as oportunidades que me ofereceu, por sua valiosa colaboração na execução deste trabalho e principalmente por ser a pessoa maravilhosa que é.*

*Aos colegas da pós-graduação, obrigada pelas discussões e contribuições na construção do conhecimento*

*À Banca Examinadora, pela disponibilidade em ler e contribuir com valiosas sugestões para aprimorar este trabalho.*

*Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pela possibilidade de ampliar os meus conhecimentos, pela motivação que me proporcionaram, pelas trocas significativas, estímulos e acolhida.*

*Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, obrigado pela ajuda e gentileza.*

*As pessoas estomizadas que participaram da pesquisa, trazendo valiosas informações, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho.*

*A todos que de uma maneira ou de outra participaram e contribuíram com este estudo.*

*Muito obrigado.*

*O tempo endereça às criaturas o seguinte  
aviso, em cada alvorecer:*

*Certamente, Deus te concederá outros  
dias e outras oportunidades de trabalho,  
mas fazeis agora todo o bem que pudes  
porque dia igual ao de hoje só terás uma  
vez.*

*Chico Xavier – Emmanuel*

## SUMÁRIO

Lista de figuras.....	i
Lista de tabelas.....	ii
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Resumen.....	vi
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>7</b>
<b>4.MANUSCRITOS/ARTIGOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Primeiro manuscrito.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2. Segundo manuscrito.....</b>	<b>31</b>
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>53</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>62</b>



**Primeiro manuscrito**

- Figura 1** Correlação entre a idade dos estomizados e o tempo de permanência com estoma provisório. **22**

**Primeiro manuscrito**

<b>Tabela 1</b>	Aspectos sociodemográficos dos estomizados intestinais provisórios atendidos em Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II do interior do estado de São Paulo 2015.(n=117) .	<b>19</b>
<b>Tabela 2</b>	Resultados da comparação da idade com a causa de confecção do estoma provisório 2015.(n=117).	<b>20</b>
<b>Tabela 3</b>	Associação das características clínicas e o tempo com estoma 2015.(n=117)	<b>21</b>

**Segundo manuscrito**

<b>Tabela 1</b>	Percentual das variáveis de caracterização das pessoas estomizadas do estudo 2015.(n=117).	<b>36</b>
<b>Tabela 2</b>	Resultados da comparação da idade com as demais variáveis concernentes as pessoas estomizadas avaliadas no estudo 2015. (n=117).	<b>39</b>
<b>Tabela 3</b>	Resultados da comparação do tempo com estoma com as demais variáveis concernentes das pessoas avaliadas no estudo 2015.(n=117)	<b>41</b>
<b>Tabela 4</b>	Associação dos motivos da demora de reconstrução do trânsito intestinal em relação à patologia, tipo de cirurgia, caráter da cirurgia e tipo de estoma 2015.(n=117)	<b>42</b>

ANOVA	Teste de Análise de Variância
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio Padrão
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
SM	Salários Mínimos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**Introdução:** A utilização de estomas intestinais é bem definida como medida terapêutica em doenças intestinais. **Objetivo:** Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos de pessoas com estomas intestinais provisórios e identificar os fatores que contribuem para a não reconstrução de trânsito em pessoas com estoma intestinal provisório. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo - analítico de caráter quantitativo, com 117 pessoas com estoma provisório, a coleta dos dados ocorreu no período entre setembro e novembro de 2015, por meio de análise de prontuário e entrevista estruturada, em um Serviço de Atenção ao Estomizado, utilizou-se de instrumento abordando aspectos sociodemográficos, clínicos e motivo da não reconstrução do estoma provisório até o momento da coleta dos dados. **Resultados:** Todas as pessoas com estoma provisório cadastradas participaram do estudo. Destes 64 (54,7%) eram do sexo masculino, com média de idade 62,9 anos (mínima 23, máxima 95), casados (70 – 59,8%), católicos (87 – 74,4%), com até oito anos de estudo (83 – 70,9%). A maioria (62 – 52,9 %) exercia atividade laboral remunerada, destes 60 (51,3%) interromperam suas atividades laborais, e 52 (44,4%) não retornaram, com afastamento pela previdência. Dos 57 (48,7%) que não interromperam as atividades laborais 39 (33,3%) eram aposentados, 16 (13,6%) exerciam atividade não remunerada e 02 (1,7%) eram autônomos sem direito a afastamento. e renda familiar até dois salários mínimos (79 – 67,5%). A neoplasia predominou como causa de confecção do estoma (56 – 47,9%), seguida pelo abdome agudo (37 – 31,6%). As colostomias foram mais frequentes (88 – 75,2%), a permanência do estoma foi em média de 5,3 anos (mediana 3 anos, tempo mínimo 6 meses e máximo 25 anos). Os principais motivos de demora para reconstrução de trânsito foram a persistência da causa pré cirúrgica, a presença de comorbidades, complicações pós cirúrgicas e dificuldade de acesso a exames, consultas e vaga de cirurgia. A idade exerceu influência tanto na patologia ( $p < 0,001$ ), como no motivo da demora na reconstrução ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A idade influenciou tanto na causa de construção do estoma como na reconstrução. A presença de comorbidades e a persistência da causa pré cirúrgica também exerceram influência significativa para a não reconstrução de trânsito. A neoplasia foi à patologia que mais desencadeou a necessidade de estoma, com a maioria das intervenções cirúrgicas de urgência. Ações preventivas quanto a neoplasias intestinais, estruturação do cuidado em rede, com envolvimento e integração de todos os serviços podem contribuir para identificação de obstáculos, e busca de soluções, melhorando a qualidade de vida, reduzindo custos.

**Descritores:** 1. Estomia; 2. Estomas Cirúrgicos; 3. Cuidados de Enfermagem; 4. Perfil de Saúde, 5. Acontecimentos que Mudam a Vida.

**Introduction:** The creation of intestinal stomas is a well-defined therapy for intestinal diseases. **Objective:** To describe sociodemographic and clinical aspects of people with a temporary intestinal ostomy and to identify the factors contributing to the lack of bowel transit reconstruction in those with a temporary intestinal ostomy. **Method:** This is a quantitative, descriptive-analytical study, with 117 people with a provisional stoma. Data were collected from September to November 2015 through medical chart review and structured interviewing in a Type II Ostomy Care Service. An instrument was used to collect sociodemographic and clinical aspects and the reason for the lack of bowel transit reconstruction after provisional stoma up to the moment of data collection. **Results:** All enrolled individuals with a temporary stoma participated in the study. Of those, 64 (54.7%) were males, with a mean age of 62.9 years (minimum 23, maximum 95), married (70-59.8%), catholic (87-74.4%), with up to eight years of education (83 - 70.9%). The majority (62 - 52.9%) had a paid work, of which 60 (51.3%) had stopped working, and 52 (44.4%) did not return, with a retirement pension. Of the 57 (48.7%) who had not interrupted their work activities, 39 (33.3%) were retired, 16 (13.6%) were unpaid and two (1.7%) were self-employed without the right to a leave. The majority had a family income up to two minimum wages (79 - 67.5%). Neoplasia prevailed as a cause of stoma production (56 - 47.9%), followed by acute abdomen (37 - 31.6%). Colostomies were the most frequent ostomies (88 - 75.2%), the mean duration of stoma implantation was 5.3 years (median 3 years, minimum 6 months and maximum 25 years). The main reasons for delay in reconstructing bowel traffic were the persistence of the preoperative cause, the presence of comorbidities, postsurgical complications and difficulty accessing exams, appointments and surgery. Age influenced both the pathology ( $p < 0,001$ ) and the reason for delayed reconstruction ( $p < 0,001$ ). **Conclusion:** Age influences both the cause of stoma construction and the lack of bowel traffic reconstruction. The presence of comorbidities and the persistence of the preoperative cause also have a significant influence on the lack of bowel traffic reconstruction. Neoplasia was the main pathology requiring construction of a stoma, most surgical interventions being urgent. Preventive actions regarding intestinal neoplasias, structuring of network care, with involvement and integration of all services can contribute to the identification of obstacles, and search for solutions, improving the quality of life and reducing costs.

**Keywords:** 1Ostomy, 2Surgical Stomas, 3Nursing Care, 4Health Profile, 5Life Change Events.

**Introducción:** La utilización de estomas intestinales es bien definida como medida terapéutica en enfermedades intestinales. **Objetivo:** Describir los aspectos sociodemográficos y clínicos de personas con estomas intestinales provisionales e identificar los factores que contribuyen para la no reconstrucción de tránsito. **Metodología:** Es un estudio descriptivo - analítico de carácter cuantitativo, con 117 personas con estoma provisional, la recogida de los datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2015, por medio de revisión de prontuario y entrevista estructurada, en un Servicio de Atención al Ostomizado Tipo II, se utilizó de un instrumento abordando aspectos sociodemográficos, clínicos y motivo de la no reconstrucción del estoma provisional hasta el momento de la recogida de datos. **Resultados:** 64 (54,7%) era del sexo masculino, con edad mediana de 62,9 años (mínima 23, máxima 95), casados (70 – 59,8%), católicos (87 – 74,4%), con hasta ocho años de estudio (83 – 70,9%). La mayoría (62 – 52,9 %) ejercía actividad laboral remunerada, destes 60 (51,3%) interrumpieron sus actividades laborales y 52 (44,4%) no volvieron, con alejamiento por plan de pensión. De los 57 (48,7%) que no interrumpieron las actividades laborales 39 (33,3%) eran jubilados, 16 (13,6%) ejercía actividad no remunerada y 02 (1,7%) eran trabajadores autónomos sin derechos a alejamiento con pensión. con renta familiar hasta 2 sueldos mínimos (79 – 67,5%). Neoplasia predominó como causa de confección del estoma (56 – 47,9%), seguida pelo abdome agudo (37 – 31,6%). Las colostomías fueron más frecuentes (88 – 75,2%), la permanencia del estoma fue en media de 5,3 años (mediana 3 años, tiempo mínimo 6 meses y máximo 25 años). Los principales motivos de demora para reconstrucción de tránsito fueron la persistencia de la causa pre-quirúrgica, la presencia de comorbilidades, complicaciones pos-quirúrgicas y dificultad de acceso a exámenes, consultas y plaza de quirurgia. La edad influyó en la patología ( $p < 0,001$ ) y en el motivo de la demora en la reconstrucción ( $p < 0,001$ ). **Conclusión:** La edad influye en la causa de construcción del estoma y en su no reconstrucción. La presencia de comorbilidades y la persistencia de la causa pre-quirúrgica también influencian significativamente para la no reconstrucción de tránsito. La neoplasia fue la patología que más desencadenó la necesidad de estoma, con la mayoría de las intervenciones quirúrgicas de urgencia. Acciones preventivas en cuanto a neoplasias intestinales, estructuración del cuidado en red, con involucramiento e integración de todos los servicios pueden contribuir para identificación de obstáculos y búsqueda de soluciones, mejorando la calidad de vida, reduciendo costes.

**Palabras Clave:** 1Estomía, 2Estomas Quirúrgicos, 3Atención de Enfermería, 4 Perfil de Salud, 5Acontecimientos que Cambian la Vida.

# 1. INTRODUÇÃO

---

O estoma é o resultado de um procedimento cirúrgico em que ocorre a exteriorização da luz de um órgão oco, criando uma comunicação com o meio externo. A construção de estomas intestinais é comum em cirurgias do trato digestório; a nomenclatura varia de acordo com a porção e órgão exteriorizado, sendo ileostomia quando o segmento ileal é exteriorizado e colostomia quando um segmento cólico é exteriorizado. A principal finalidade da construção de um estoma intestinal é o desvio da eliminação de fezes e gases, seja para descompressão em caso de obstrução, ou para o desvio do trânsito em caso de perfurações intestinais traumáticas ou não, fístulas ou proteção de anastomose distal.<sup>1</sup>

Diversas doenças que acometem órgãos do sistema digestório ou próximos podem levar à construção de um estoma intestinal, dentre elas destacam-se: neoplasias de órgãos do trato digestório e seus anexos, doenças inflamatórias intestinais como Doença de Crohn e retocolite ulcerativa, doenças diverticulares; causas externas, principalmente as geradas pela violência como ferimento de arma branca ou ferimento por arma de fogo; e traumatismos abdominais, contusos ou penetrantes, dentre outras.<sup>1</sup>

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o aumento da expectativa de vida, a urbanização e a globalização são alguns dos fatores que podem explicar o aumento do número de casos de câncer no Brasil. Pelo fato do câncer ser uma doença relacionada ao envelhecimento, quanto maior a expectativa de vida da população mais alta será a incidência do mesmo.<sup>2</sup> Ainda, de acordo com a mesma instituição, o câncer colorretal está entre os mais frequentes no país. Na região sudeste, ele se destaca como o segundo tipo mais frequente de câncer para ambos os sexos, quando não considerados os cânceres de pele.<sup>2</sup>



De acordo com a patologia que determinou a necessidade de confecção do estoma, a porção do órgão acometida, o tipo de técnica cirúrgica empregada e a presença de outros fatores como outras doenças associadas, o estoma pode ser classificado como provisório, quando há possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou definitivo, quando não existe essa possibilidade.<sup>1</sup>

A presença de um estoma reflete sobre a imagem corporal do indivíduo que passa a experimentar sentimentos negativos sobre seu corpo. Somado a isso fatores como cuidados relacionados ao estoma e higiene do dispositivo coletor mudam a rotina das atividades de vida diária da pessoa com estoma, influenciando tanto na autoestima como nos relacionamentos interpessoais, favorecendo o sentimento de tristeza ao se sentirem diferentes das outras pessoas.<sup>3,4</sup>

Em virtude de todas essas alterações e dificuldades, o estomizado passa a necessitar de diferentes equipamentos coletores e adjuntos para o seu processo de reabilitação, variando conforme a faixa etária, o tipo de estoma, as características físicas do indivíduo e do estoma, além da presença ou não de complicações. A assistência a essa população, assim como o fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes são garantidos por lei, cabendo à equipe multiprofissional o acompanhamento, desde o cadastramento até a reconstrução do trânsito intestinal das pessoas com estoma provisório.<sup>5</sup>

Segundo a literatura, o procedimento de reconstrução de trânsito intestinal não é desprovido de riscos, apresentando taxas de morbimortalidade variáveis, de acordo com as características dos indivíduos, doenças associadas, patologia que levou à construção do estoma, além de fatores inerentes ao serviço de saúde.<sup>6,7,9</sup> Contudo, a permanência do estoma também pode gerar complicações locais, como a frequente dermatite periestoma,

além de complicações que podem evoluir, inclusive para correção cirúrgica, como prolapso, retração de estoma, hérnia, entre outras.<sup>1,8</sup> Como já dito anteriormente, a autoimagem e a autoestima da pessoa com estoma também sofrem alterações, influenciando em seu cotidiano.<sup>3,4,8</sup>

Neste contexto verificou-se que parcela considerável da população estomizada provisória, embora tivessem indicação para reconstrução de trânsito não conseguiram realizar esse procedimento, levando ao questionamento de quais seriam os fatores que influenciavam na reconstrução dessa população, e como poderíamos subsidiar ações para melhorar essa realidade.

## **2. OBJETIVO**

---

Portanto os objetivos desse estudo são:

- 1 Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos de pessoas com estomas intestinais provisórios.
- 2 Identificar os fatores que contribuem para a não reconstrução de trânsito nessa população.

### **3. MÉTODO**

---

**Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, prospectivo, de caráter quantitativo.

**Local de estudo e população**

O estudo foi realizado em um Serviço de Atenção ao Estomizado classificado como tipo II de acordo com a portaria 400, localizado no interior do estado de São Paulo, sendo referência regional para 90 municípios. A região de atendimento é composta pelo município sede do serviço, uma microrregião formada por 30 municípios próximos e uma macrorregião composta por 59 municípios situados geograficamente distantes da sede do serviço. A equipe é composta por médico coloproctologista, enfermeiro estomaterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social, que prestam assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma objetivando a reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção, tratamento de complicações nas estomias, capacitação e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

A população do estudo constituiu-se de pessoas com estoma intestinal provisório, com idade igual ou superior a 18 anos; residentes em um dos municípios da região de saúde sob responsabilidade deste Serviço de Atenção ao Estomizado, que não apresentavam doenças com alterações cognitivas e mentais, não acamados e que após convite consentiram com a participação voluntária por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para seleção da amostra inicialmente foram levantados todos os prontuários de pessoas com estoma cadastradas e em acompanhamento no serviço supracitado, sendo selecionados aqueles que estavam com estomia provisória no momento do levantamento. Assim, dos 470 prontuários de pessoas com estoma levantadas, 117

enquadraram-se nos critérios de inclusão, correspondendo à amostra final do estudo. Não houve perdas ou recusas à realização das entrevistas.

### **Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados iniciou-se com a revisão de prontuários para seleção da amostra, seguido de entrevista, contemplando aspectos sociodemográficos e clínicos, o instrumento (Anexo II) foi elaborado pelos pesquisadores. A coleta de dados ocorreu no período de abril a novembro de 2015. As entrevistas ocorreram de forma sistemática abordando os usuários no momento em que compareciam ao serviço para fornecimento dos dispositivos.

### **Análise dos dados**

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados utilizando-se uma planilha do programa Microsoft Excel®, de forma a possibilitar a análise estatística dos dados, os quais serão apresentados em forma de Tabelas e gráficos.

Vale ressaltar que as análises foram as seguintes:

1. Análise descritiva das variáveis de caracterização amostral e das variáveis de caracterização do procedimento cirúrgico;
2. Aplicação do teste de Análise de Variância com teste de comparação múltipla de Tukey post-hoc para a idade como variável resposta;
3. Aplicação do teste de Análise de Variância com teste de comparação múltipla de Games-Howell post-hoc para o tempo com estoma como variável resposta;
4. Aplicação do teste associativo qui-quadrado para associar as variáveis categorizadas.
5. Aplicação do teste de correlação de Spearman para correlacionar idade e tempo com estoma.

### **Aspectos Éticos da Pesquisa**

Respeitando a Resolução CNS 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), aprovado sob parecer n°  
1.228.105. (Anexo III).



## **4. MANUSCRITOS/ARTIGOS**

Os achados do presente estudo deram origem a dois manuscritos, o primeiro já submetido a revista indexada, o segundo será submetido após defesa pública conforme normas do programa de pós graduação em enfermagem.

#### **MANUSCRITO 1**

**TÍTULO: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE ESTOMIZADOS INTESTINAIS PROVISÓRIOS**

**Autores:** Janderson Cleiton Aguiar, Maria Helena Pinto, Adriana Pelegrine dos Santos Pereira, Luciano Garcia Lourenção, Katia Jaira Galisteu

***Periódico: Revista Mineira de Enfermagem (REME)***

***Submetido em . 27/09/ 2016***

#### **MANUSCRITO 2**

**TÍTULO: MOTIVOS DE DEMORA PARA A RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL EM UMA POPULAÇÃO ESTOMIZADA INTESTINAL PROVISÓRIA**

**Autores:** Janderson Cleiton Aguiar, Maria Helena Pinto, Adriana Pelegrine dos Santos Pereira

***Periódico: Journal of Coloproctology (J.col)***

***Submetido em . 15/03/2017***

#### **4.1 PRIMEIRO MANUSCRITO**

##### **ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE ESTOMIZADOS INTESTINAIS PROVISÓRIOS**

##### **CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC ASPECTS OF PEOPLE WITH A TEMPORARY INTESTINAL OSTOMY**

##### **ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE OSTOMIZADOS INTESTINALES PROVISORIOS**

**Janderson Cleiton Aguiar<sup>1</sup>, Adriana Pelegrini dos Santos Pereira<sup>2</sup>, Maria Helena Pinto<sup>2</sup>, Katia Jaira Galisteu<sup>2</sup>, Luciano Garcia Lourenção<sup>3</sup>**

**1** Enfermeiro Estomaterapeuta. Mestrando do Programa de Pós Graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto FAMERP. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

**2** Doutora. Profa Adjunto. Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

**3** Doutor. Prof<sup>o</sup> Adjunto. Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Escola de Enfermagem, Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

Endereço para correspondência:

Janderson Cleiton Aguiar

E-mail: [janderpoty@yahoo.com.br](mailto:janderpoty@yahoo.com.br)

[Categoria:Pesquisa quantitativa](#)

Palavras-Chave: Estomia, Estomas Cirúrgicos, Cuidados de Enfermagem, Perfil de Saúde.

Keywords: Ostomy, Surgical Stomas, Nursing Care, Health Profile.

Palabras Clave: Estomía, Estomas Quirúrgicos, Atención de Enfermería Perfil de Salud.

## Resumo

O estudo objetivou caracterizar aspectos sociodemográficos e clínicos dos estomizados intestinais provisórios atendidos por um serviço de referência em atenção ao estomizado. Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, com 117 pessoas com estoma intestinal provisório. A coleta de dados ocorreu por meio de revisão de prontuário e entrevista estruturada. Houve prevalência do sexo masculino (54,7%), idade média de 62,9 anos 59,8% casados, 74,4% católicos, 70,9% com até oito anos de estudo, 52,9 % exercia atividade laboral remunerada; destes 51,3% interromperam suas atividades laborais, e 44,4% não retornaram, com afastamento pela previdência. Dos 57 (48,7%) que não interromperam as atividades laborais 33,3% eram aposentados, 13,6% exerciam atividade não remunerada e 1,7% eram autônomos sem direito a afastamento. A maioria possuía renda familiar até 2 salários mínimos (67,5%). A neoplasia predominou como causa de confecção do estoma (47,9%), seguida pelo abdome agudo (31,6%). As colostomias foram mais frequentes (75,2%); a permanência do estoma foi em média, de 5,3 anos (tempo mínimo 6 meses e máximo 25 anos). Conclui-se que o conhecimento das características da população atendida contribui para planejamento da assistência conforme as reais necessidades da população estomizada, possibilitando uma maior efetividade do serviço e consequentemente melhora na satisfação do usuário.

## Abstract

The study aimed to characterize sociodemographic and clinical aspects of people with a temporary intestinal ostomy attending a health care unit for intestinal ostomies. This is a quantitative, cross-sectional descriptive study, including 117 people with a temporary intestinal stoma. The data were collected through medical chart review and a structured interview. Sixty-four patients (5.7%) were male, with a mean age of 62.9 years, 59.8% were married, 74.4% were Catholic, 70.9% had up to eight years of study. Most (52.9%) had a paid labor activity, 60 of which (51.3%) had discontinued their work activities, and 44.4% had not returned, with a social security leave. Of the 57 (48.7%) that had not interrupted their work activities, 33.3% were retired, 13.6% performed unpaid activities and 1.7% were self-employed without the possibility of having a leave. Most had a family income of up to two minimum wages (67.5%). Neoplasias were the major cause of ostomy indication (47.9%), followed by acute abdomen (31.6%). Colostomies were the most frequent ostomies (75.2%), the mean duration of stoma implantation was 5.3 years (median 3 years, minimum 6 months and maximum 25 years). Knowledge of the characteristics of the attended population contribute for care planning according to the real needs of the people with a stoma, thereby enabling greater effectiveness of the service and consequently greater user satisfaction.

## Resumen

El estudio caracteriza aspectos sociodemográficos y clínicos de ostomizados intestinales provisórios atendidos por un servicio de atención al ostomizado. Este es un estudio transversal, con 117 personas con estoma intestinal provisório, la recogida de datos ocurrió por medio de revisión de prontuario y entrevista estructurada. De los 64 (54,7%) era del sexo masculino, con edad mediana de 62,9 años (mínima 23, máxima 95), casados (70 – 59,8%), católicos (87 – 74,4%), con hasta ocho años de estudio (83 – 70,9%). La mayoría (62 – 52,9 %) ejercía actividad laboral remunerada, de 60 (51,3%) interrumpieron sus actividades laborales y 52 (44,4%) no volvieron, con alejamiento por plan de pensión. De los 57 (48,7%) que no interrumpieron las actividades laborales 39 (33,3%) eran jubilados, 16 (13,6%) ejercía actividad no remunerada y 2 (1,7%) eran trabajadores autónomos sin derechos a alejamiento con pensión. La mayoría posee renta familiar hasta 2 sueldos mínimos (79 – 67,5%). Neoplasia predominó como causa de confección del estoma (56 – 47,9%), seguida por abdome agudo (37 – 31,6%). Las colostomías fueron más frecuentes (88 – 75,2%), la permanencia del estoma fue en media de 5,3 años (mediana 3 años, tiempo mínimo 6 meses y máximo 25 años). El conocimiento de las características de la población atendida contribuye para el planeamiento de la asistencia de acuerdo con las necesidades reales de la población ostomizada, posibilitando una mayor efectividad del servicio y consequentemente mejora en la satisfacción del usuario.

## **Introdução**

O estoma é uma derivação cirúrgica em que ocorre a exteriorização da luz de um órgão oco, criando uma comunicação com o meio externo. Em estomas intestinais a principal finalidade é o desvio da eliminação de fezes e gases, sendo comum a exteriorização do cólon (colostomia), ou do íleo (ileostomia).<sup>1</sup>

Diversas doenças que acometem órgãos do sistema digestório ou próximos a ele, podem levar á construção de um estoma intestinal, especialmente as neoplasias, doenças inflamatórias intestinais e doenças diverticulares, além de causas externas, dentre outras.<sup>1</sup>

A construção do estoma determina mudanças corporais e de atividades cotidianas, relacionadas principalmente aos seus cuidados específicos, e da presença de um equipamento coletor para a estomia, levando a pessoa estomizada a experimentar sentimentos negativos sobre seu corpo influenciando a autoestima e os relacionamentos interpessoais.<sup>2,3</sup>

Em virtude dessas alterações e dificuldades, o estomizado passa a necessitar de diferentes equipamentos coletores e adjuntos para o seu processo de reabilitação, variando conforme a faixa etária, o tipo de estoma, características físicas do indivíduo e do estoma, além da presença ou não de complicações.<sup>4</sup>

De acordo com a patologia, a porção do órgão acometida, o tipo de técnica cirúrgica empregada e a presença de outros fatores como doenças associadas, o estoma pode ser classificado como provisório quando há possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou definitivo, quando não existe essa possibilidade.<sup>1</sup>

O procedimento de reconstrução de trânsito intestinal não é desprovido de riscos, apresentando taxas de morbimortalidade variáveis, de acordo com as características dos indivíduos, doenças associadas, patologia que levou á construção do

estoma, além de fatores inerentes ao serviço de saúde.<sup>5-7</sup> Contudo, a permanência do estoma pode gerar complicações locais, como dermatite periestoma, e até mesmo, possíveis de evolução para correção cirúrgica como prolapso, retração de estoma, hérnia, entre outras.<sup>8</sup> A autoimagem e a autoestima da pessoa com estoma também sofre alterações influenciando em seu cotidiano.<sup>2,8</sup>

Neste cenário, o objetivo deste estudo foi caracterizar aspectos sociodemográficos e clínicos, e verificar a associação de variáveis dos estomizados intestinais provisórios atendidos por um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, um serviço de assistência especializada, com equipe interdisciplinar.

O conhecimento do perfil dos usuários do serviço de atenção ao estomizado auxilia no planejamento de ações voltadas especificamente para as necessidades dessa população, direcionando a atuação da equipe multidisciplinar.

### **Método**

Trata-se de um estudo, transversal, realizado em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, localizado no interior do estado de São Paulo. Este serviço atende uma região de 90 municípios, composta pelo município sede do serviço, uma microrregião formada por 30 municípios próximos e uma macrorregião composta por 59 municípios situados geograficamente distantes da sede do serviço. Possui equipe composta por médico coloproctologista, enfermeiro estomaterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social que prestam assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando a reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias,

capacitação e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.<sup>4</sup>

A população do estudo constituiu-se de pessoas com estoma intestinal provisório, com idade igual ou superior a 18 anos; residentes em um dos municípios da região de saúde sob responsabilidade do Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, que não apresentavam doenças com alterações cognitivas e mentais, não acamados e que concordaram participar do estudo após convite e esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, formalizada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme previsto na resolução CNS 466/12.

A coleta de dados ocorreu por meio de revisão dos prontuários das pessoas com estoma provisório e, posteriormente, por entrevista estruturada, contendo: aspectos sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, ocupação atual, afastamento da ocupação pós cirurgia e renda familiar) e clínicos (data da realização do estoma, patologia, tempo com estoma, tipo de estoma, motivo de não reconstrução, tipo e quantidade de equipamento que faz uso) (Apêndice 1).

Para seleção dos participantes, inicialmente foram analisados todos os prontuários de pessoas com estoma cadastradas e em acompanhamento no serviço supracitado, para identificação daqueles que estavam com estomia provisória. Entre 470 prontuários de pessoas com estoma analisados, 117 possuíam estoma provisório e enquadraram-se nos critérios de inclusão, correspondendo à amostra final do estudo.

As entrevistas ocorreram de forma sistemática, abordando os usuários no momento em que compareciam ao serviço para acompanhamento e entrega dos dispositivos coletores, entre setembro e novembro de 2015, por meio da utilização de

instrumento estruturado elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo variáveis sociodemográficas e clínicas.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados utilizando-se uma planilha do programa Microsoft Excel® versão 2007, de forma a possibilitar a análise estatística dos dados, os quais estão apresentados em forma de Tabelas e gráficos. Foi realizada análise descritiva das variáveis de caracterização amostral; análise de variância com teste de comparação múltipla de Tukey post-hoc para verificar se há associação entre a idade e a causa do estoma; análise de variância ou o teste de Mann-Whitney para verificar se há associação entre o tempo com estoma e as características clínicas; e teste de correlação de Spearman para correlacionar idade e tempo com estoma. O nível de significância aplicado para todos os testes foi de  $p < 0,05$ . O software utilizado para análise estatística foi o Minitab 17 (minitab inc)

O estudo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 1.228.105, atendendo as exigências legais para estudos envolvendo seres humanos.

## **Resultados**

Participaram do estudo 117 pessoas com estoma provisório, sendo 64 (54,7%) do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de 62,9 anos, com desvio padrão de 14,48, mediana 63, idade mínima 23 e máxima 95 anos. A maioria casada (70 – 59,8%), com nível de escolaridade de até oito anos de estudo (83 – 70,9%), religião católica (87 – 74,4%), e dependente exclusivamente de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS (106 – 90,6%). 62 (52,9%) pessoas exerciam atividade laboral remunerada com renda familiar média de 2,08 salários mínimos (SM), desvio padrão 1,07, mediana 2 SM, com renda familiar mínima de 1 e máxima de 6 SM. Dos 62(52,9%) que



exerciam atividade laboral remunerada, 60 (96,8%) destes interromperam suas atividades, ficando afastados pela previdência social; e 52 (83,8%) não retornaram ao trabalho após o procedimento, mantendo-se afastados. Dos 57 (48,7%) que não interromperam as atividades laborais, 39 (68,4%) destes eram aposentados, 16 (28,1%) exerciam tarefa não remunerada em domicílio, dois (3,5%) eram autônomos e retornaram as atividades após a recuperação (Tabela 1).

Tabela1 - Aspectos sociodemográficos dos estomizados intestinais provisórios atendidos em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II do interior do estado de São Paulo, 2015 (n=117).

Aspectos sociodemográficos dos estomizados		N	%
Sexo	Masculino	64	54,7
	Feminino	53	45,3
Faixa etária	20-29	2	1,7
	30-39	7	5,9
	40-49	11	9,4
	50-59	26	22,3
	60-69	28	23,9
	70-79	27	23,1
	80 e mais	16	13,7
Estado Civil	Solteiro	15	12,8
	Casado	70	59,8
	Divorciado	9	7,7
	Viúvo	23	19,7
Escolaridade	Nenhuma	8	6,8
	Até oito anos	83	70,9
	Até onze anos	21	17,9
	Mais que doze anos	5	4,4
Religião	Católica	87	74,4
	Não Católicos	30	25,6

	SUS dependente	106	90,6
Serviço de saúde	Conveniada a operadora de plano privado de saúde	11	9,4
	Remunerada	62	52,9
Atividade laboral	Não remunerada	16	13,7
	Aposentado	39	33,3
	Até 2 Salários Mínimos*	79	67,5
Renda Familiar	De 3 a 4 Salários Mínimos	35	29,9
	5 e mais Salários Mínimos	3	2,6
Interrompeu atividades laborais após cirurgia	Sim	60	51,2
	Não	57	48,7

\*valor do salário mínimo: R\$788.00 conforme decreto 8381/2014 publicado no diário oficial da união em 30/12/2014

No que se refere às características clínicas, a neoplasia foi a principal causa de confecção do estoma (56 – 47,9%), seguida pelo abdome agudo (37 – 31,6%). Para a análise da idade em relação à patologia, verificou-se que as pessoas com abdômen agudo e neoplasia apresentaram idade significativamente superior em relação aos que apresentaram outros tipos de patologias. (tabela 2).

Tabela 2 - Comparação da idade com a causa de confecção do estoma provisório, 2015. (n=117)

Variáveis	Idade			Valor P <sup>1</sup>
	N	Média±DP	Mediana	
	Abdômen agudo	37 68,32±13,25 a	69,00	
Patologia	Neoplasia	56 64,46±11,57 a	66,50	<0,001
	Outras*	24 51,21±16,33 b	52,00	

<sup>1</sup>Valor p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a P<0,05. Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas pelo teste de comparação múltipla de Tukey a P<0,05. \* Outras: agrupados fístula, síndrome de Fournier, causas externas, doenças inflamatórias intestinais e doença de chagas sem perfuração ou obstrução do colón.

Quanto ao tempo de permanência com estoma encontrou-se uma média de 5,3 anos com desvio padrão de 5,1 anos, mediana de 3 anos, e tempo mínimo de 6 meses e máximo 25 anos entre a data de construção do estoma e a data da entrevista. Os

resultados obtidos da comparação entre o tempo com estoma e as diversas variáveis abordadas no estudo estão representados na tabela 3. De acordo com esses resultados é possível pressupor a ausência de diferenças significativas no tempo com o estoma quando os estomizados foram comparados em relação à patologia ( $p=0,099$ ), tipo de cirurgia ( $p=0,342$ ), tipo de estoma ( $p=0,709$ ) e caráter da cirurgia ( $p=0,590$ ).

Tabela 3. Associação das características clínicas e o tempo com estoma 2015. (n=117).

Variáveis	Tempo com estoma			Valor P	
	N	Média±DP2	Mediana		
Patologia	Abdômen agudo	37	6,28±5,01	5,25	0,099 <sup>1</sup>
	Neoplasia	56	3,95±4,41	2,16	
	Outras	24	5,97±5,99	3,63	
Tipo de cirurgia	Colectomia	54	5,76±5,28	3,58	0,342 <sup>1</sup>
	Retossigmoidectomia	49	4,91±5,18	2,41	
	Outras	14	3,18±2,76	1,70	
Tipo de estoma	Colostomia	88	5,15±5,24	2,83	0,709 <sup>2</sup>
	Ileostomia	29	4,95±4,45	2,41	
Caráter da cirurgia	Eletiva	55	4,78±4,95	2,50	0,590 <sup>2</sup>
	Urgência	62	5,38±5,14	2,83	

1Valor P referente ao teste de Análise de Variância a  $P<0,05$ . 2Valor P referente ao teste de Mann-Whitney a  $P<0,05$ .

Os resultados do teste de Spearman para correlação entre a idade dos estomizados avaliados com o tempo que permaneceram com o estoma mostraram que houve fraca correlação entre essas variáveis, apesar da mesma ter sido significativa ( $r=0,416$ ;  $p<0,001$ ). O valor do coeficiente de Spearman foi positivo, pressupondo que, quanto maior a idade do estomizado, maior será o tempo que ele permanecerá com o estoma (Figura 1).

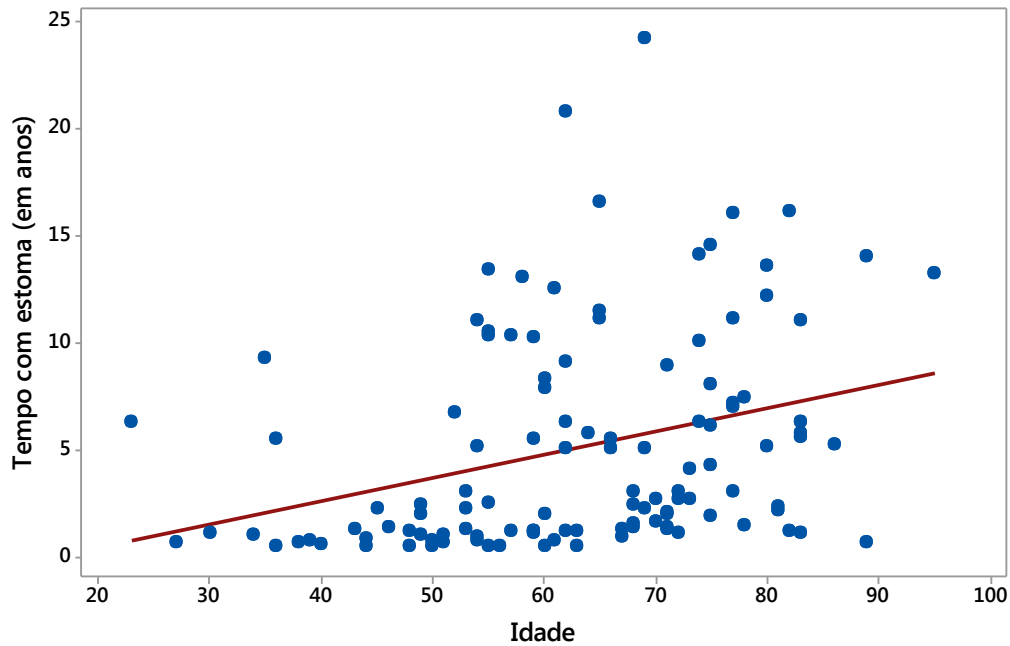


Figura 1. Correlação entre a idade dos estomizados e o tempo com estoma.

### Discussão

Em relação aos aspectos sociodemográficos, observou-se predomínio dos idosos do sexo masculino, e aumento relevante de pessoas com estoma de acordo com o aumento da idade, estes resultados são semelhantes a alguns estudos nacionais e internacionais sobre o perfil da população estomizada.<sup>2,8,9</sup> A associação do aumento do número de estomas intestinais com o envelhecimento pode estar relacionada á algumas patologias que acometem mais os idosos, o que faz com que haja o risco de complicações cirúrgicas.<sup>10</sup> Este risco pode ser aumentado por conta da idade e parece estar atrelado ao prolongamento do tempo com estoma provisório.

Neste estudo encontrou-se a maior parte da população casada, seguida de viúvos e solteiros. A presença do estoma, do dispositivo coletor e a incapacidade de controle de gases e fezes alteram a imagem que o indivíduo tem de si, passando a experimentar sentimentos negativos sobre seu corpo e de inferioridade em relação ao seu parceiro,

influenciando na sexualidade do indivíduo e na relação conjugal. Ou seja, a alteração da sexualidade não está relacionada somente às alterações físicas, mas também à autoimagem, autoestima e alterações emocionais do ser estomizado.<sup>11,12</sup> Neste contexto o apoio e a presença dos familiares durante a adaptação contribui no enfrentamento das dificuldades que surgem com a presença do estoma.<sup>3</sup>

Em estudo brasileiro que analisou as características de pessoas submetidas à reconstrução de trânsito, o tempo médio de permanência com estoma até a reconstrução foi de 15,7 meses, média de idade na reconstrução de 43 anos e as causas externas foram o principal motivo para a construção do estoma.<sup>6</sup> Encontramos em nossos resultados uma média de 5,3 anos com estoma, e idade média de 62,09 anos, ou seja tanto o tempo com estoma como a idade foram superiores. Esses dados fortalecem os resultados do teste de Spearman, pressupondo que a idade avançada da pessoa com estoma está correlacionada com maior permanência do estoma.

Vale ressaltar que, mesmo após o período de adaptação, o sofrimento emocional relacionado à presença do estoma e as alterações do estilo de vida podem persistir.<sup>10</sup> Assim, entende-se que a persistência de um estoma provisório por mais tempo pode prolongar o sofrimento emocional do indivíduo .

A escolaridade pode estar atrelada às dificuldades de acesso educacional vivida pela parcela mais idosa da população brasileira. O nível de conhecimento gerado pelos poucos anos de estudo pode determinar a realização de atividades com menor retorno financeiro. Salários menores, têm como consequência benefícios previdenciários menores, contribuindo para os achados de renda familiar. Esses resultados foram ao encontro de outros estudos realizados em diferentes regiões do país como Minas Gerais,<sup>9</sup> Rio Grande do Sul,<sup>14</sup> Paraíba,<sup>15</sup> e Ceará.<sup>16</sup>

Em relação à religião, observou-se que a maioria era católica. A fé e a crença são consideradas importantes ferramentas para o processo de sobrevivência, pois através da religião as pessoas encontram forças para o enfrentamento da dor, e de suas angústias na vida diária, produzindo alívio do sofrimento.<sup>3,10</sup> Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira é composta em sua maioria por católicos.<sup>17</sup>

A maioria das pessoas com estoma, economicamente ativa, não retornou as atividades laborais após a recuperação do procedimento cirúrgico, mantendo-se afastada e recebendo benefício previdenciário. O retorno ao trabalho faz parte do processo de reabilitação da pessoa com estoma, colaborando na inclusão social, reforçando o sentimento de que é capaz de continuar a trabalhar e realizar tarefas cotidianas. O salário serve como incremento às necessidades financeiras em caso de baixa renda familiar. Cabe, portanto aos profissionais das equipes que assistem as pessoas com estoma orientá-las e prepará-las para o retorno ao trabalho.<sup>18</sup>

Considerando que a condição de estomizado pode limitar a execução de algumas atividades, muitas vezes é necessária a busca de adequadas condições de acesso, transporte e trabalho adaptado. A legislação brasileira incluiu a pessoa estomizada como deficiente físico, podendo ingressar ou se manter tanto no serviço público como no privado por meio de cotas específicas.<sup>19</sup>

O fato de a maioria da amostra ser dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) pode estar relacionado principalmente a dois fatores: a renda familiar e a legislação vigente. Verificou-se que a maior parte da população estudada é idosa, com uma renda familiar até dois salários mínimos, dificultando a contratação de um serviço privado de saúde.

Na legislação vigente existem duas portarias que contemplam a distribuição de dispositivos para o estomizado, a Portaria 400 de 16 de novembro de 2009, que normatiza a distribuição dos dispositivos para o SUS e a Portaria 12738 de 30 de novembro de 2012, que determina que as operadoras de plano de saúde são responsáveis pela disponibilização desses dispositivos para sua clientela, em ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar.<sup>4,20</sup> Segundo dados de instituições governamentais, a taxa média de cobertura por planos de saúde para o estado de São Paulo em setembro de 2015 foi de 39,4%.<sup>21</sup>

As neoplasias destacaram-se como principal causa de estoma, o que corrobora com dados encontrados em outros estudos.<sup>8,9,14,16</sup> Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer colorretal está entre os mais frequentes no país, sendo a terceira maior causa de câncer para mulheres (perdendo apenas para o câncer de pele e de mama) e a quarta maior causa de câncer entre os homens (ficando atrás do câncer de pele, próstata e pulmão). A mesma instituição estimou, para o biênio 2016-2017 que o câncer colorretal seria o segundo mais prevalente, em ambos os sexos, na região sudeste do Brasil, não considerando os cânceres de pele.<sup>22</sup>

Estudos que analisaram o perfil do usuário submetido à reconstrução de trânsito intestinal trazem as causas externas como mais prevalentes nesta população.<sup>6,7</sup> Essas causas estão relacionadas à violência, principalmente no trânsito e interpessoal. Neste estudo as causas externas foram as menos prevalentes dentre os motivos do estoma.

Duas situações podem ter contribuído para esse dado: primeiro, de acordo com dados da secretaria de segurança pública do estado de São Paulo pode-se verificar que a região onde se realizou o estudo não se encontra entre as mais violentas do estado<sup>23</sup>; segundo, a reconstrução de trânsito intestinal em que a causa básica foi externa pode

demandar menor tempo entre a construção do estoma e a reconstrução de trânsito intestinal, visto que não há tratamento prolongado como nos casos de neoplasias, que podem demandar terapias adjuvantes. Alguns estudos trazem, inclusive, a realização de cirurgia sem a necessidade de uma análise específica do cólon, quando a causa básica é externa<sup>24</sup>, facilitando o processo de reconstrução.

A colectomia foi a técnica cirúrgica mais empregada para a confecção de estoma na população estudada, seguida de retossigmoidectomia tipo Hartman, dados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais.<sup>6,13</sup> Apesar de nesse estudo o tipo de cirurgia parecer não influenciar no tempo com estoma, a literatura demonstra que os procedimentos de reconstrução não são desprovidos de complicações pós cirúrgicas, sendo prudente restringir as indicações de estomas intestinais, principalmente as colostomias terminais do tipo Hartman, que apresentam maiores índices de complicações pós reconstrução.<sup>13</sup>

Os estomas são realizados no cólon (colostomia) e íleo (ileostomia) em alças que possuem tamanho e mobilidade que permitam sua adequada exteriorização e fixação na parede abdominal.<sup>1</sup> Neste estudo as colostomias foram mais prevalentes que as ileostomias corroborando com o encontrado em outros estudos.<sup>6,7,9,13</sup> Os resultados não apontaram aumento significativo no tempo com estoma por causa do tipo do estoma, seja ele colostomia ou ileostomia.

Sendo a população de pessoas com estomia provisória, acredita-se que uma limitação deste estudo foi não considerar o significado da estomia para os participantes, o que poderia auxiliar no planejamento da assistência individual do estomizado.

## **Conclusão**



O presente estudo permitiu conhecer características sociodemográficas e clínicas da população estomizada intestinal provisória, atendidas em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, localizado no interior do estado de São Paulo.

Os dados apontaram que a maioria da população estudada era do sexo masculino, idoso, casado, católico, com oito anos de estudo, com renda de até dois salários mínimos, SUS dependente e que interromperam as atividades laborais após a confecção do estoma. A maior parte tinha estoma tipo colostomia, com tempo de confecção de cinco anos ou mais.

Essas informações podem direcionar um alinhamento entre o atendimento e planejamento da assistência, de acordo com as reais necessidades da pessoa estomizada provisória, garantindo o acesso à serviços e equipamentos de acordo com as necessidades e particularidades dessa clientela, contribuindo para uma maior efetividade do serviço e conseqüente melhora na satisfação do usuário. além de possibilitar uma reflexão sobre as causas de construção dos estomas intestinais provisórios, com estratégias de ação como campanhas direcionadas para prevenção e diagnóstico precoce do câncer, principalmente do colorretal, melhorando o conhecimento da população acerca destes agravos.

A integração de serviços e setores que realizam a reabilitação de deficientes físicos com entidades que promovem o retorno ou recolocação dessa população no mercado de trabalho podem potencializar essa ação. O retorno ao trabalho gera sentimento de ser útil e ajuda na subsistência do ser e de seus dependentes, contribuindo para o processo de reabilitação e reduzindo custos com afastamentos prolongados pela previdência social.

**Referências**

1. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais Medicina (Ribeirão Preto). 2011;44(1):516. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5\\_Estomas intestinais.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas%20intestinais.pdf)
2. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manage.* 2003;49(2):4855. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.own.com/content/qualitylifepatientswithstomasthemontreuxstudy>
3. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):2217. [Acess 2016 set 23] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n1/a31v44n1.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que trata da Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 18 nov. 2009. Seção 1: 412.
5. Li LT, Hicks SC, Davila JA, Kao LS, Berger RL, Arita NA, et al. Circular closure is associated with the lowest rate of surgical site infection following stoma reversal: a systematic review and multiple treatment metaanalysis. *Colorectal Dis.* 2014; 16(6):40616. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12556/epdf>
6. Silva JB, Costa DR, Menezes FJC, Tavares JM, Marques AG, Escalante RD. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste brasileiro. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2010;23(3):1503. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a04.pdf>
7. Von Bahten LC, Nicoluzzi JEL, Silveira F, Nicollelli GM, Kumagai LY, Lima VZ. Morbimortalidade da Reconstrução de Trânsito Intestinal Colônica em Hospital Universitário Análise de 42 Casos. *Rev Bras Coloproctol.* 2006;26(2):1237. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n2/v26n2a02.pdf>
8. Salome GM, Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the selfimage and selfesteem of individuals with intestinal stoma. *J. Coloproctol. (Rio J., Impr.).* 2014;34(3):15966. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n3/22379363jcol34030159.pdf>
9. Barbosa MH, Dal Poggetto MT, Barichello E, Cunha DF, Silva R, Alves PIC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de minas gerais. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2014;3(1):6473. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/931/663>
10. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Enferm Foco (Brasília).* 2012;3(1):125. [Acess 2016 set 23].

Disponível em:

<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/213/134>

11. Coelho AR, Santos FS, Dal Poggetto MY. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *REME Rev Min Enferm.* 2013;17(2):25867. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>
  
12. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproctol.* 2009;29(1):7782. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v29n1/v29n1a11.pdf>
  
13. Silva SM, Melo CCL, Almeida SB, Queiroz HF, Soares AF. Complicações das operações de reconstrução do trânsito intestinal. *Rev Bras Coloproctol.* 2006;26(1):247. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n1/v26n1a02.pdf>
  
14. Melotti LF, Bueno IM, Silveira GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. *J. Coloproctol. (Rio J., Impr.).* 2013;33(2):704. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v33n2/22379363jcol3302070.pdf>
  
15. Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Perfil clínicoepidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados João Pessoa, Brasil. *Gerokomos (Madr., Ed. impr.).* 2010;21(4):18390. [Acess 2016 set 23] Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n4/helcos2.pdf>
  
16. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. *Rev RENE.* 2013;30110. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/235/pdf>
  
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. População por religião (população presente e residente). [Acess 2016 mar 01]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP60&t=populacaoreligiaopopulacaopresenteresidente>.
  
18. Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013;17(3):41622. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/14148145ean17030416.pdf>
  
19. Brasil. Presidência da República. Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 13 dez. 2004. Seção 1:5.
  
20. Brasil. Presidência da República. Portaria n. 12.738, de 30 de novembro de 2012. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o

fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. 03 dez. 2012. Seção 1:2.

21. Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. ANS TABNET. [Acess 2016 mar 01]. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgibin/dh?dados/tabnet\\_pl.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgibin/dh?dados/tabnet_pl.def)
22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro: INCA, 2015.
23. São Paulo. Secretaria da Segurança Pública. Comunicado Lei 9.155/95. Resolução 161/01. Indicadores da criminalidade do Estado de São Paulo. Estatísticas Trimestrais. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 25 mai. 1995. Seção 1:1.
24. Sobral HAC, Carvalho RB, Salem JB, Sarmanho L, Albuquerque IC, Formiga GJS. Fechamento de colostomias: com ou sem estudo do cólon? Rev Bras Coloproctol. 2008;28(3):33437. [Acess 2016 set 23]. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n3/a11v28n3.pdf>

## 4.2 SEGUNDO MANUSCRITO

# DEMORA PARA RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL EM UMA POPULAÇÃO ESTOMIZADA PROVISÓRIA

**Janderson Cleiton Aguiar<sup>1</sup>, Adriana Pelegrini dos Santos Pereira<sup>2</sup>, Maria Helena Pinto<sup>3</sup>.**

**1** Enfermeiro Estomaterapeuta. Mestrando do Programa de Pós Graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto FAMERP. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

**2** Doutora. Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

**3** Doutora. Profa Adjunto. Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

Departamento de Enfermagem Geral, Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Endereço para correspondência:

Maria Helena Pinto

Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima 5416, Vila São Pedro CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto – SP

Fone/fax 32015716

e-mail: [mariahelena@famerp.br](mailto:mariahelena@famerp.br)

O financiamento da pesquisa foi realizado pelos próprios pesquisadores.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**Introdução:** Estomas intestinais são utilizados no tratamento de doenças intestinais, podendo ser temporários ou definitivos. **Objetivo:** identificar fatores que contribuem para não reconstrução de trânsito em pessoas com estoma intestinal provisório. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo - analítico de caráter quantitativo, participaram 117 pessoas com estoma provisório, que foram entrevistados no período de setembro a novembro de 2015 em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, interior do estado de São Paulo, abordando aspectos sociodemográficos, clínicos e motivo da não reconstrução do estoma até o momento da coleta dos dados, foi realizada análise descritiva das variáveis, com aplicação de testes para verificar a existência de relação entre os motivos de demora para reconstrução com as demais variáveis. **Resultados:** A maioria era do sexo masculino, a neoplasia predominou como patologia que determinou a construção do estoma, as cirurgias foram de urgência, sendo a colectomia a mais frequente. **Conclusão:** A idade é fator que influencia tanto na causa de realização do estoma como na sua não reconstrução, assim como a presença de comorbidades e a persistência da causa pré cirúrgica, o que leva a reflexão sobre a importância de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças intestinais.

**Palavras-Chave:** Estomia, Estomas Cirúrgicos, Cuidados de Enfermagem, Perfil de Saúde, Acontecimentos que Mudam a Vida.

**Introduction:** Temporary or definitive intestinal stomas are used for the treatment of intestinal diseases. **Objective:** to identify the factors contributing to the lack of bowel transit reconstruction in those with a temporary intestinal ostomy. **Methods:** This was a quantitative, descriptive-analytical study, including 117 people with a provisional ostomy, who were interviewed between September and November 2015, in a Type II Ostomy Care Service in the countryside of the state of São Paulo. Sociodemographic and clinical aspects and the reason for the lack of bowel transit reconstruction up to the time of data collection were investigated. A descriptive analysis of the variables was performed, with the application of tests to check for the existence of a relationship between the reasons for delay in reconstruction with the other variables. **Results:** Most were male, neoplasia predominated as pathology requiring construction of the stoma, surgeries were urgent, colectomy being the most frequent. **Conclusion:** Age influences both the cause of stoma construction and the lack of bowel traffic reconstruction. The presence of comorbidities and the persistence of the preoperative cause are also relevant for the lack of reconstruction, which leads to reflection on the importance of health promotion actions and prevention of intestinal diseases.

**Keywords:** Ostomy, Surgical Stomas, Nursing Care, Health Profile, Life Change Events.

## 1.0 Introdução

A construção de estomas intestinais é comum em cirurgias do trato digestório, e sua nomenclatura varia de acordo com o órgão, ou porção do mesmo que foi exteriorizado, sendo ileostomia quando o segmento ileal é exteriorizado, e colostomia quando um segmento cólico é exteriorizado. Os estomas confeccionados nesses segmentos intestinais tem como principal finalidade a eliminação de fezes e gases.<sup>1</sup>

Diversas doenças podem gerar a necessidade de construção de um estoma, dentre elas encontra-se abdômen agudo, seja ele obstrutivo em virtude de neoplasias, volvo, megacolon, entre outras ou abdômen agudo perfurativo, causado por neoplasias, doenças diverticulares, doenças inflamatórias intestinais, traumas etc. As fístulas também podem gerar a necessidade de confecção de um estoma. Não obstante o cirurgião pode optar pela construção de um estoma anterior a uma anastomose para sua proteção.<sup>1</sup>

Os estomas intestinais podem ser classificados como temporários, quando o trânsito intestinal tem a possibilidade de ser reconstruído, ou definitivos, quando não se tem a possibilidade de reconstrução. A causa do estoma, a técnica cirúrgica empregada, e a presença de comorbidades, podem influenciar na reconstrução ou não do trânsito intestinal.<sup>1</sup>

Como consequência do estoma, a pessoa passa a sofrer mudanças no seu cotidiano, dentre elas os cuidados necessários ao estoma, pele periestomal, higienização e troca do dispositivo. A pessoa com estoma também sofre com alteração da imagem corporal, relacionada à presença do estoma e do dispositivo coletor, levando-a inúmeras vezes a experimentar sentimentos negativos sobre si, incerteza quanto ao futuro e medo da rejeição. Esse processo culmina na redução da autoestima e sentimento de insatisfação com suas vidas.<sup>2-4</sup>

Mesmo com a possibilidade de reconstrução de trânsito, a literatura revela que não são todas as pessoas que conseguem realizá-lo. O procedimento de reconstrução de trânsito intestinal possui consideráveis taxas de morbimortalidade, fatores individuais intrínsecos e extrínsecos estão associados à maior morbimortalidade na realização deste procedimento.<sup>5-7</sup>

As diretrizes para atenção a saúde das pessoas com estoma no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria 400 de 16 de novembro de 2009) estabelece em seu anexo I as atribuições dos serviços de atenção ao estomizado, dentre elas a atualização constante do cadastro de pessoas com estomas e a capacitação das equipes para assistência, desde a fase pré-operatória até a reconstrução de trânsito intestinal.<sup>(8)</sup> Neste cenário destaca-se a importância do procedimento de reconstrução de trânsito intestinal para as pessoas que possuem estoma provisório. Em virtude do exposto, o objetivo do estudo foi identificar os fatores que contribuem para a não reconstrução de trânsito em pessoas com estoma intestinal provisório cadastrada em um serviço de atenção ao estomizado tipo II do interior do estado de São Paulo.

Acredita-se que este estudo contribuirá na identificação de obstáculos que travam o processo de reconstrução de trânsito intestinal. A identificação desses fatores pode contribuir para uma melhor avaliação, com orientação quanto ao tempo real de espera para reconstrução de trânsito, contribuindo para um planejamento mais efetivo do cuidado, e reabilitação da pessoa com estoma intestinal provisório, inclusive análise de reconstrução em menor tempo de acordo com cada caso.

## **2.0 Método**

Trata-se de um estudo descritivo - analítico de caráter quantitativo realizado em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, localizado no interior do estado de São Paulo. Este serviço atende uma região de 90 municípios, composta pelo município sede do serviço, uma microrregião formada por 30 municípios próximos e uma macrorregião composta por 59 municípios situados geograficamente distantes da sede do serviço. Possui equipe composta por médico coloproctologista, enfermeiro estomaterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social que prestam assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando a reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, capacitação e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.<sup>8</sup>



A coleta de dados ocorreu por meio de fontes de dados secundários e entrevista estruturada, de setembro a novembro de 2015. A população de estudo constituiu-se de pessoas com estoma intestinal temporário, sendo que, para seleção da amostra, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; residência em um dos municípios que compõe a macro região de saúde, não apresentarem limitações cognitivas e mentais que impossibilitasse a participação, não ser acamado e consentir com a participação voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora não haja consenso na literatura sobre o tempo ideal para reconstrução de estoma, considera-se clinicamente a possibilidade para reconstrução de trânsito intestinal a partir de 4(16 semanas) á seis meses (24 semanas). Sendo considerado neste estudo demora para reconstrução a permanência por mais de seis meses com estoma.

Para seleção da amostra, inicialmente foram levantados todos os prontuários dos estomizados cadastrados e, a partir destes foram selecionados aqueles com estomia provisória ou temporária. Assim, das 470 pessoas com estoma cadastrados no serviço, 117 (24,89%) possuíam estoma provisório, e enquadraram-se nos critérios de inclusão, correspondendo à amostra final do estudo. Todos concordaram ser entrevistados.

A composição da amostra consistiu da abordagem dos pacientes à medida que compareciam ao serviço, durante o período mencionado anteriormente, por meio da utilização de instrumento estruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, ocupação atual, afastamento da ocupação pós cirurgia, comorbidades como: doenças cardiovasculares e crônicas como HAS, DM, dislipidemias e suas consequências, IAM e AVC e renda familiar) e clínicas(data da realização do estoma, patologia, tempo com estoma, tipo de estoma, motivo de não reconstrução e tipo e quantidade de equipamento que faz uso). O instrumento foi pré-testado em estudo piloto, aplicado em 10 pacientes com o objetivo de obter as informações necessárias para o instrumento final de coleta de dados com especificidade, e clareza necessárias para o entendimento dos respondentes, evitando possíveis

vieses de não entendimento ou influência do entrevistador. Ao final do teste do instrumento não foi modificado e as entrevistas foram incluídas na amostragem final.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise descritiva das variáveis de caracterização amostral, análise associativa para verificar a existência de relação entre os motivos da demora da reconstrução do trânsito intestinal em relação à patologia, tipo de cirurgia, caráter da cirurgia e tipo de estoma através da aplicação do teste qui-quadrado e análise comparativa para relacionar a idade, o tempo com estoma e demais variáveis por meio da aplicação da Análise de Variância (ANOVA), e teste de Mann-Whitney, com teste de comparação múltipla de Tukey ou Games-Howell post-hoc. O nível de significância aplicado para todos os testes estatísticos foi de  $p < 0,05$ .<sup>9</sup> O software utilizado para a análise estatística foi o Minitab 17 (Minitab Inc.).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 1.228.105.

### 3.0 Resultados

A maioria dos participantes do estudo era do sexo masculino, com baixa escolaridade, exercia alguma atividade remunerada, e tinham com companheiro (Tabela 1). Os participantes apresentaram idade média de 62,97 anos (dp 14,48 anos), com idade mínima 23 e máxima 95 anos. A renda familiar média foi de 2,08 salários mínimos (SM) (dp 1,07 SM) e mediana de 2,00 SM, com renda mínima de 1,00 e máxima de 6,00 SM.

A maioria das pessoas com estoma provisório foi afastada pós-cirurgia (60 – 51,3%) e não retornou ao trabalho (53 – 45,3%). A neoplasia foi a maior ocorrência dentre as patologias que levaram a construção do estoma (56 – 47,9%). A colectomia foi a técnica cirúrgica mais empregada (54 – 46,1%), sendo que 62 (53,0%) foram realizadas em caráter de urgência e a colostomia (88 – 75,2%) o tipo de estoma mais construído. Os motivos da demora da reconstrução do trânsito intestinal foram as comorbidades e persistência da causa pré-cirúrgica (26 – 22,2% para ambos), seguido de complicações pós-cirúrgicas (25 – 21,5%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Percentual das variáveis de caracterização das pessoas estomizadas do estudo.

<b>Dados sociodemográficos e clínicos</b>	N=117	%
---	-------	---

<b>Sexo</b>	Feminino	53	45,3
	Masculino	64	54,7
<b>Situação conjugal</b>	Com companheiro	70	59,9
	Sem companheiro	47	40,1
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	8	6,9
	Até 8 anos	83	70,9
	De 9 a 11 anos	21	17,9
	Superior a 11 anos	5	4,3
<b>Atividade laboral anterior a realização do estoma</b>	Aposentado	39	33,4
	Não remunerada	16	13,7
	Remunerada	62	52,9
<b>Faixa etária</b>	20-39	9	7,60
	40-59	37	31,7
	60-79	55	47,0
	80 e mais	16	13,7
<b>Renda Familiar</b>	Até 2 Salários Mínimos*	79	67,5
	De 3 a 4 Salários Mínimos	35	29,9
	5 e mais Salários Mínimos	3	2,6
<b>Afastamento pós-cirurgia</b>	Não	57	48,7
	Sim	60	51,3
<b>Retorno ao trabalho</b>	Aposentado	39	33,3
	Não	53	45,3
	Sim	25	21,4
<b>Patologia</b>	Abdômen agudo	37	31,6
	Neoplasia	56	47,9
	Outras <sup>1</sup>	24	20,5
<b>Tipo de cirurgia</b>	Colectomia	54	46,1
	Retossigmoidectomia	49	41,9
	Outras <sup>2</sup>	14	12,0
<b>Caráter da cirurgia</b>	Eletiva	55	47,0
	Urgência	62	53,0
<b>Tipo de estoma</b>	Colostomia	88	75,2
	Ileostomia	29	24,8
<b>Motivo da demora da reconstrução</b>	Comorbidades	26	22,2

Complicações pós-cirúrgicas	25	21,5
Dificuldade de acesso (exames, consultas e vaga)	19	16,2
Persistência da causa pré-cirúrgica	26	22,2
Outras <sup>3</sup>	21	17,9

\*valor do salário mínimo: R\$788,00 conforme decreto 8381/2014 publicado no diário oficial da união em 30/12/2014

1. Agrupados: fístula, síndrome de Fournier, causas externas, doenças inflamatórias intestinais e doença de chagas sem perfuração ou obstrução do colón.

2. Agrupados: Laparotomia exploratória, enterectomia e ileotílectomia.

3. Agrupados: Acostumou com a estomia, medo da cirurgia, contra indicação do médico.

Verificou-se que a idade é fator que influencia de forma significativa, tanto na patologia como no motivo da demora na reconstrução do trânsito intestinal, visto que os valores p resultaram inferiores ao nível de significância adotados ( $p < 0,05$ ). Na análise da idade em relação à patologia, verificou-se que as pessoas estomizadas por abdômen agudo e neoplasia apresentaram idade significativamente superior em relação às pessoas que apresentaram outros tipos de patologias (Tabela 2).

As pessoas estomizadas com comorbidades apresentaram idade significativamente superior em relação as que apresentaram os demais motivos de não reconstrução.

**Tabela 2.** Resultados da comparação da idade com as demais variáveis concernentes as pessoas estomizadas avaliadas no estudo.2015

Variáveis		N	Idade		Valor P
			Média±DP	Mediana	
Patologia	Abdômen agudo	37	68,3±13,2 a	69,0	<b>&lt;0,001</b>
	Neoplasia	56	64,5±11,6 a	66,5	
	Outras	24	51,2±16,3 b	52,0	
Motivo da demora da reconstrução	Comorbidades	26	72,6±12,5 a	77,0	<b>&lt;0,001</b>
	Complicações pós-cirúrgicas	25	62,2±13,9 b	62,0	
	Dificuldade de acesso (exames, consultas e vaga)	19	56,1±14,5 b	56,0	
	Persistência da causa pré-cirúrgica	26	56,9±13,9 ab	60,0	
	Outras	21	65,7±11,3 b	68,0	

<sup>1</sup>Valor p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a P<0,05. Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas pelo teste de comparação múltipla de Tukey a P<0,05.

Na comparação entre o tempo com o estoma e a patologia ( $p=0,099$ ), tipo de cirurgia ( $p=0,342$ ), tipo de estoma ( $p=0,709$ ) e caráter da cirurgia ( $p=0,590$ ), não encontrou-se diferenças estatisticamente significante, conforme apresentado na tabela 3.

Em contrapartida, o tempo com estoma apresentou diferenças estatisticamente significativas quando comparado ao motivo da demora na reconstrução do trânsito ( $p<0,001$ ) e ao retorno ao trabalho ( $p=0,041$ ).

As comorbidades, as complicações pós-cirúrgicas e a persistência da causa pré-cirúrgica foram os motivos da demora da reconstrução do trânsito daqueles que apresentaram maior tempo com estoma. As pessoas que relataram dificuldade de acesso como motivo para a demora na reconstrução do trânsito intestinal apresentaram menor tempo com estoma.(Tabela 3).

O tempo com estoma das pessoas inativas e das que retornaram as atividades laborais foi significativamente superior ao daquelas que não retornaram ao trabalho (Tabela 3).

**Tabela 3.** Resultados da comparação do tempo com estoma com as demais variáveis concernentes das pessoas avaliadas no estudo.2015

Variáveis		Tempo com estoma (anos)			Valor P <sup>1</sup>
		N	Média±DP <sup>2</sup>	Mediana	
Patologia	Abdômen agudo	37	6,3±5,0	5,2	0,099 <sup>1</sup>
	Neoplasia	56	3,9±4,4	2,2	
	Outras	24	5,9±5,9	3,6	
Motivo da demora da reconstrução	Comorbidades	26	7,5±4,7 a	6,1	<0,001 <sup>1</sup>
	Complicações pós-cirúrgicas	25	4,9±3,6 a	4,1	
	Dificuldade de acesso (exames, consultas e vaga)	19	1,3±1,3 b	1,1	
	Persistência da causa pré-cirúrgica	26	2,2±2,5 b	8,9	
	Outras	21	9,4±6,5 a	1,1	
Tipo de cirurgia	Colectomia	54	5,8±5,3	3,6	0,342 <sup>1</sup>
	Retossigmoidectomia	49	4,9±5,2	2,4	
	Outras	14	3,2±2,8	1,7	
Tipo de estoma	Colostomia	88	5,1±5,2	2,8	0,709 <sup>3</sup>
	Ileostomia	29	4,9±4,4	2,4	
Caráter da cirurgia	Eletiva	55	4,8±4,9	2,5	0,590 <sup>3</sup>
	Urgência	62	5,4±5,1	2,8	
Retorno ao trabalho	Inativo	39	6,1±4,5 a	5,5	0,041 <sup>1</sup>
	Não	53	3,8±4,3 b	1,3	
	Sim	25	6,3±6,6 a	2,2	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste de Análise de Variância a P<0,05. <sup>2</sup>Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas pelo teste de comparação múltipla de Games-Howell, assumindo variâncias diferentes, a P<0,05. <sup>3</sup>Valor P referente ao teste de Mann-Whitney a P<0,05.

A Tabela 4 apresenta os percentuais de associação entre tais variáveis mencionadas.

**Tabela 4.** Associação dos motivos da demora de reconstrução do trânsito intestinal em relação à patologia, tipo de cirurgia, caráter da cirurgia e tipo de estoma.2015

Variáveis qualitativas		Motivo da demora para reconstrução									
		Comorbidades		Complicações pós-cirúrgicas		Dificuldade de acesso		Persistência da causa pré-cirúrgica		Outras	
		N26	%	N25	%	N19	%	N26	%	N21	%
Patologia	Abdômen agudo	<b>14</b>	<b>37,8</b>	4	10,8	8	21,6	2	5,4	9	24,3
	Neoplasia	10	17,9	15	26,8	8	14,3	<b>17</b>	<b>30,4</b>	6	10,7
	Outras	2	8,3	6	25,0	3	12,5	<b>7</b>	<b>29,2</b>	6	25,0
	Valor P <sup>1</sup>	<b>0,004</b>									
Tipo de cirurgia	Colectomia	10	18,5	15	27,8	4	7,4	11	20,4	14	25,9
	Retossigmoidectomia	12	24,5	8	16,3	10	20,4	13	26,5	6	12,2
	Outras	4	28,6	2	14,3	5	35,7	2	14,3	1	7,1
	Valor P <sup>1</sup>	0,092									
Tipo de estoma	Colostomia	22	25,0	18	20,5	17	19,3	18	20,5	13	14,8
	Ileostomia	4	13,8	7	24,1	2	6,9	8	27,6	8	27,6
	Valor P <sup>1</sup>	0,180									
Caráter da cirurgia	Eletiva	11	20,0	11	20,0	6	10,9	16	29,1	11	20,0
	Urgência	15	24,2	14	22,6	13	20,9	10	16,1	10	16,13
	Valor P <sup>1</sup>	0,326									

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a  $P < 0,05$ .



Os resultados indicam a presença de uma associação estatisticamente significativa entre os motivos da demora na reconstrução do trânsito intestinal e o tipo de patologia ( $p=0,004$ ). As pessoas que tiveram abdômen agudo apresentaram, em sua maioria, comorbidades como principal motivo para a demora da reconstrução; aquelas com neoplasia e outras patologias apresentaram como principal motivo da demora na reconstrução do trânsito a persistência da causa pré-cirúrgica.

Houveram casos de pessoas com outros motivos de demora na reconstrução do trânsito, no entanto, tais percentuais não foram relevantes. As demais associações não foram estatisticamente significantes.

A análise sobre a influência da patologia e do tipo de estoma para o retorno ao trabalho indicou ausência de associação estatisticamente significativa tanto para a patologia ( $p=0,633$ ) como para o tipo de estoma ( $p=0,396$ ).

#### **4.0 Discussão**

O fato da maioria da amostra ser do sexo masculino pode estar relacionado à cultura dessa população, de não realizar medidas preventivas, acompanhamento de rotina e não valorizar sintomas iniciais, retardando a procura de auxílio, por se julgarem invulneráveis. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde gerados tanto pela carga de trabalho a que se submetem como também pelo horário de funcionamento de unidades básicas de saúde, que frequentemente é o mesmo do trabalhador, também contribuem para essa realidade. Esse retardo na busca por auxílio leva-os inúmeras vezes a entrar no sistema de saúde pela urgência devido à exacerbação de um sintoma que não foi valorizado anteriormente, determinando em muitos casos a necessidade de procedimento cirúrgico também de urgência.<sup>10</sup>

Como foi possível evidenciar nos resultados, a maioria dos procedimentos cirúrgicos foi realizado em caráter de urgência, tendo como causa a neoplasia, que

quando diagnosticada a tempo pode ser realizada intervenção em caráter eletivo. Isso reforça a necessidade de aprimorar os processos de prevenção, orientação e detecção precoce das neoplasias.

A idade apareceu como fator que exerce influência significativa na patologia que determinou a construção do estoma. A mudança do cenário epidemiológico, com consequente aumento na expectativa de vida, aliados a hábitos de vida não saudáveis contribuem para o aumento das doenças crônicas no Brasil, dentre elas as neoplasias.<sup>11</sup>

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o risco de desenvolver uma neoplasia aumenta com a idade, e a maioria dos casos ocorre em adultos de meia idade ou idosos.<sup>12</sup> Ainda de acordo com a mesma instituição, estimou para o biênio 2016-2017 para a região sudeste, onde foi realizado esse estudo, que a neoplasia do colón seria a segunda mais prevalente em ambos os sexos, ficando atrás apenas do câncer de próstata e mama, não incluindo o câncer de pele.<sup>13</sup>

A idade também exerce influência significativa para a não reconstrução de trânsito intestinal. Como pode-se observar, as pessoas estomizadas que não reconstruíram o trânsito intestinal devido à comorbidades apresentaram idade superior quando comparadas com as demais causas de não reconstrução. O envelhecimento do indivíduo é acompanhado pelo desenvolvimento de condições crônicas de saúde, essas morbidades podem aumentar a morbimortalidade na reconstrução do trânsito intestinal, culminando na não realização do procedimento de reconstrução em virtude dos riscos.<sup>11</sup>

Aspectos sociodemográficos e clínicos semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil,<sup>14-20</sup> assim como na Europa<sup>21</sup> e Ásia.<sup>22</sup>

A maior parte da amostra estudada exercia alguma atividade laboral remunerada antes do procedimento cirúrgico que levou a construção do estoma. Analisando essa população pode-se vislumbrar que as pessoas estomizadas que retornaram ao trabalho possuíam maior tempo com estoma do que as que não retornaram, o que pode estar relacionado com dificuldades para o reingresso no mercado de trabalho. O retorno ao trabalho é uma importante ferramenta no processo de reabilitação da pessoa estomizada, contribuindo no resgate da autoestima e auxiliando tanto na própria subsistência como na de sua família.<sup>18</sup>

A legislação vigente favorece o retorno da pessoa com estoma ao trabalho incluindo-a como deficiente físico.<sup>(23)</sup> Pelo exposto se fazem necessários o planejamento e execução de procedimentos mais efetivos, por parte dos setores, instituições e pessoas envolvidas no processo de reabilitação, para que o retorno ao trabalho não seja tão moroso. As condições de trabalho devem ser adequadas à pessoa com estoma, seja no exercício da função realizada anterior a cirurgia, seja em nova função adaptada quando necessário, devido à natureza do trabalho exercido.<sup>18</sup>

O tempo de permanência com estoma variou bastante, as comorbidades, complicações pós-cirúrgicas, e a persistência da causa pré-cirúrgica foram relatadas como motivo de demora para reconstrução pelas pessoas que possuíam estoma a mais tempo. A permanência do estoma provisório foi superior aos dados encontrados na literatura nacional<sup>5</sup> e em um estudo realizado na Ásia.<sup>22</sup>

Apesar de não existir um consenso na literatura a respeito do tempo ideal para a reconstrução do estoma, alguns estudos trazem a possibilidade de reconstrução precoce nos casos de ileostomias de proteção.<sup>24</sup> O uso de ileostomia para proteção de anastomose e seus benefícios para prevenir complicações no pós cirúrgico é bem

definido entre os cirurgiões e no meio científico.<sup>25</sup> Neste estudo encontrou-se a prevalência de colostomias sobre as ileostomias. Este fato pode estar relacionado à técnica cirúrgica empregada, visto que houve prevalência da colectomia com estoma de uma boca, seguido da retossigmoidectomia do tipo Hartman; em ambas as técnicas foram realizadas construção de uma colostomia terminal com coto sepultado em abdômen.

Embora nos resultados, o tipo de cirurgia e de estoma não terem influenciados significativamente no aumento do tempo com estoma, a literatura destaca que, a reconstrução de trânsito em cirurgia do tipo Hartman possui consideráveis taxas de morbimortalidade, acarretando menor índice de reconstrução após esse procedimento. Portanto, deve-se analisar caso a caso a real necessidade de realização dessa técnica, restringindo sua indicação quando possível.<sup>22,26</sup>

A patologia que determinou a necessidade de construção do estoma foi significativa para a causa de não reconstrução de trânsito intestinal. As pessoas com abdômen agudo apresentaram idade superior ao restante da amostra, e relataram a presença de outras patologias como principal motivo de demora para a reconstrução de trânsito, dentre elas as principais foram complicações cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial. Estudo Europeu de caracterização também evidenciou a presença importante de doenças crônicas cardiovasculares.<sup>21</sup> Situação similar também foi encontrada no continente asiático.<sup>22</sup>

As pessoas com neoplasia e outras patologias apresentaram como motivo de não reconstrução a persistência da causa pré-cirúrgica. O tratamento das neoplasias compreende em grande parte dos casos o uso de quimioterapia ou radioterapia, além do procedimento cirúrgico. A recidiva da neoplasia ou persistência da mesma é apontada

como fator de risco para a não reconstrução de trânsito em caso de estoma provisório.<sup>27</sup> Na categoria outras patologias foram agrupadas diversas patologias, como as doenças inflamatórias intestinais, doença de chagas e fistulas, que podem persistir mesmo com o tratamento adequado.

Embora a dificuldade no acesso a exames, consultas e para a própria cirurgia não tenha apresentado relevância estatística no aumento do tempo para reconstrução de trânsito, entende-se que esse achado pode estar refletindo as dificuldades geradas pela sobrecarga do sistema de saúde.<sup>28</sup> Como consequência ocorre o prolongamento do tempo como pessoa estomizada, impactando na qualidade de vida e aumentando os custos para o sistema de saúde. O aumento dos custos ocorre tanto pelo gasto com novos exames e avaliações médicas pré-cirúrgicas, como também pela aquisição de dispositivos, adjuvantes, manutenção de equipes qualificadas na atenção da pessoa com estoma, sem contar os custos com afastamento previdenciário dentre outros que sobrecarregam e oneram ainda mais os sistemas governamentais.

Entre as principais limitações deste estudo pode-se citar o fato da não avaliação dos prontuários das instituições onde realizaram os estomas e avaliaram a reconstrução de trânsito, nos quais teriam dados importantes das reais causas de não reconstrução do trânsito intestinal. A inviabilização desse processo se deu devido ao tempo para realização do estudo, distância física entre essas instituições e a quantidade das mesmas.

Uma análise de prontuário desde a construção do estoma até as consultas de avaliação para reconstrução, em conjunto com entrevistas estruturadas com os profissionais das equipes referencia para reconstrução poderia trazer mais informações e elucidar questões que não foram esclarecidas neste primeiro momento.

## 5.0 Conclusão

Os principais motivos para a demora de reconstrução relatados pelas pessoas com estoma provisório foram a presença de comorbidades, persistência da causa pré cirúrgica, complicações pós cirúrgicas e dificuldade de acesso a exames, consultas e vaga de cirurgia. A idade é fator que influencia de forma significativa tanto na patologia como no motivo de demora para reconstrução. A presença de comorbidades em decorrência do envelhecimento e a persistência da causa pré cirúrgica, principalmente no caso das neoplasias foram estatisticamente relevantes para a não reconstrução do trânsito intestinal. Esses fatores devem ser avaliados e sua interferência levada em consideração preferencialmente antes da construção do estoma, informando inclusive a pessoa e familiares.

O retorno tardio ao mercado de trabalho e a manutenção de serviços e materiais para assistência e reabilitação da pessoa com estoma possuem um custo que poderia ser reduzido com ações de integração de serviços e setores, com articulação em rede para potencializar tanto o retorno ao trabalho em condições adequadas, como a reconstrução de trânsito intestinal.

Acredita-se que campanhas preventivas e educativas sobre os fatores de risco, prevenção, sinais e sintomas e detecção precoce para neoplasias do colón, similares as já realizadas para câncer de mama e próstata poderia reduzir o número absoluto de casos e de cirurgias de urgência.

Acreditamos que a estruturação de um protocolo de cuidado em rede, com envolvimento e integração de todos os serviços pode contribuir na identificação de obstáculos, e na busca de soluções eficientes, melhorando a qualidade de vida das pessoas com estoma, qualificando o processo de reabilitação dos mesmos e reduzindo custos.

O enfermeiro estomaterapeuta, como integrante da equipe multidisciplinar contribui de forma singular no processo de reabilitação da pessoa com estoma, identificando situações para atuação da equipe, direcionando a assistência de forma humanizada. Esse profissional pode contribuir muito para a melhoria do cenário descrito, na estruturação, implantação e avaliação do protocolo que sugerimos.

## 6.0 Referências:

1. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais Medicina (Ribeirão Preto). 2011;44(1):51-6. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5\\_Estomas%20intestinais.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas%20intestinais.pdf)
2. Salome GM, Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. J. Coloproctol. (Rio J. Impr.). 2014;34(3):159-66. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n3/2237-9363-jcol-34-03-0159.pdf>
3. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J. Coloproctol. (Rio J.) (Internet). 2014;34( 4 ):231-9. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n4/2237-9363-jcol-34-04-0231.pdf>
4. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):221-7. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a31v44n1.pdf>
5. Silva JB, Costa DR, Menezes FJC, Tavares JM, Marques AG, Escalante RD. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste brasileiro. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2010; 23(3):150-3. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a04.pdf>
6. Godat L, Kobayashi L, Chang DC, Coimbra R. Do Trauma Stomas Ever Get Reversed?. American College of Surgeons 2014; 219,(1), 70-7. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751514002221>
7. Zafar SN, Changoor NR, Williams k, Acosta RD, Greene WR, Terrence MF, et al. Race and socioeconomic disparities in national stoma reversal rates. The American Journal of Surgery 2016;211,(4):710-5. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961016300010>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que trata da Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 18 nov. 2009. Seção 1: 41-2.
9. ZAR, JH. Biostatistical analysis. 4. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 663p
10. Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de atenção integral a saúde do homem. 2009. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [Acess 2016 nov



28]. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7897:plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-dcnt-no-brasil>.

12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Perguntas e respostas sobre câncer. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=83](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83)

13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro: INCA, 2015.

14 . Melotti LF, Bueno IM, Silveira GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. J. Coloproctol. (Rio J., Impr.2013;33(2):70-4. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v33n2/2237-9363-jcol-33-02-070.pdf>

15. Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados - João Pessoa, Brasil. Gerokomos (Madr., Ed. impr.). 2010; 21(4): 183-90. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n4/helcos2.pdf>

16. Fernandes RM ; Miguir ELB; Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de ponte nova, Minas gerais. Rev. Bras. Coloproct. 2010; 30 (4): 385-92. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a01v30n4.pdf>

17. Barbosa MH, Poggetto MTD, Barichello E, Cunha DF, Silva R, Alves PIC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. Revista de enfermagem e atenção a saúde (Internet). 2014; 3(1): 64-73. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/931/663>

18. Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014;67(3):415-21. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0415.pdf>

19. Neto MAFL, Fernandes DOA, Didoné EL. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. J. Coloproctol. (Rio J. Impr.).2016; 36 (2) 64-8. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v36n2/2237-9363-jcol-36-2-0064.pdf>

20. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. Rev RENE. 2013;14(2): 301-10. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/235/pdf>

21. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. Ostomy Wound Manage. 2003;49(2):48-55. [Acess 2016 set 23].

Disponível em: <http://www.o-wm.com/content/quality-life-patients-with-stomas-the-montreux-study>

22. Tan WS, Lim JF, Tang CL, Eu KW, Reversal of Hartmann's procedure: experience in na Asian population Singapore Med J 2012; 53(1) 46-51. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://smj.sma.org.sg/5301/5301a6.pdf>

23. Brasil. Presidência da República. Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 dez. 2004. Seção 1:5.

24. Danielsen AK , Marinez AC, Skullmann EAS, Haglind E, Rosenberg J, et al. Early closure of temporary ileostomy the EASY trial: protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open 2011;1 originally published online 1-7. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/1/1/e000162.full.pdf+html>

25. Wu SW, Ma CC, Yang Y. Role of protective stoma in low anterior resection for rectal cancer: A meta-analysis. World J Gastroenterol 2014;20(47): 18031-7. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273155/pdf/WJG-20-18031.pdf>

26. Silva SM, Melo CCL, Almeida SB, Queiroz HF, Soares AF. Complicações das operações de reconstrução do trânsito intestinal. Rev Bras Colo-proctol. 2006 ;26(1):24-7. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n1/v26n1a02.pdf>

27. Lee CM, Huh JW, Park YA, Cho YB, Kim HC, Yun SH, et al. Risk Factors of Permanent Stomas in Patients with Rectal Cancer after Low Anterior Resection with Temporary Stomas. Yonsei Med J. 2015; 56(2):447-53. [Acess 2016 nov 28]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329357/pdf/ymj-56-447.pdf>

28. Von Bahten LC, Nicoluzzi JEL, Silveira F, Nicolletelli GM, Kumagai LY, Lima VZ. Morbimortalidade da Reconstrução de Trânsito Intestinal Colônica em Hospital Universitário - Análise de 42 Casos. Rev Bras Colo-proctol. 2006;26(2):123-7. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n2/v26n2a02.pdf>

## **5. CONCLUSÕES**

---

Este estudo permitiu conhecer as características sociodemográficas e clínicas, bem como os motivos de demora para reconstrução de trânsito nessa população.

Os participantes do estudo relataram como principais motivos para a demora de reconstrução a presença de comorbidades, persistência da causa pré cirúrgica, complicações pós cirúrgicas e dificuldade de acesso a exames, consultas e vaga de cirurgia. A idade é significativa tanto na patologia como no motivo de demora para reconstrução. A presença de comorbidades em decorrência do envelhecimento, e a persistência da causa pré cirúrgica, principalmente das neoplasias foram relevantes para a não reconstrução do trânsito intestinal.

Durante a execução do estudo foi possível refletir sobre as dificuldades cotidianas enfrentadas pela pessoa com estoma, o difícil reingresso ao trabalho, que determina, na necessidade de benefícios previdenciários para subsistência do indivíduo e de sua família, dificultando ainda mais a jornada enquanto pessoa com estoma, aumentando o ônus financeiro para todos, inclusive para o governo.

O conhecimento da maior causa de estoma na região ser a neoplasia, principalmente a de colón, leva-nos a refletir sobre a importância de campanhas preventivas, voltadas a conscientização sobre os fatores de risco, prevenção, sinais e sintomas e detecção precoce do câncer de colón, assim como já realizada para câncer de mama e próstata na tentativa de reduzir o número de casos e cirurgias de urgência por obstrução intestinal.

Ficou evidente a existência de fatores que influenciam na reconstrução de trânsito intestinal. Estes devem ser avaliados, informando, preferencialmente antes da construção do estoma, tanto a pessoa como familiares sobre os riscos de não reconstrução do mesmo.

Acreditamos que a estruturação de um protocolo de cuidado em rede, com envolvimento e integração de todos os serviços pode contribuir na identificação de obstáculos, e na busca de soluções eficientes, melhorando a qualidade de vida das pessoas com estoma, qualificando o processo de reabilitação dos mesmos e reduzindo custos.

## **6. REFERÊNCIAS**


---

**. REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS**

1. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais Medicina (Ribeirão Preto). 2011;44(1):516. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5\\_Estomas\\_intestinais.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas_intestinais.pdf)
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro: INCA, 2015
3. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. Ostomy Wound Manage. 2003;49(2):4855. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.owm.com/content/qualitylifepatientswithstomasthemontreuxstudy>
4. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):2217. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a31v44n1.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que trata da Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 18 nov. 2009. Seção 1: 412.
6. Li LT, Hicks SC, Davila JA, Kao LS, Berger RL, Arita NA, et al. Circular closure is associated with the lowest rate of surgical site infection following stoma reversal: a systematic review and multiple treatment metaanalysis. Colorectal Dis. 2014;16(6):40616. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12556/epdf>
7. Von Bahten LC, Nicoluzzi JEL, Silveira F, Nicollelli GM, Kumagai LY, Lima VZ. Morbimortalidade da Reconstrução de Trânsito Intestinal Colônica em Hospital Universitário Análise de 42 Casos. Rev Bras Coloproctol. 2006;26 (2):1237. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n2/v26n2a02.pdf>
8. Salome GM, Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the selfimage and selfesteem of individuals with intestinal stoma. J. Coloproctol. (Rio J., Impr.). 2014;34(3):15966. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n3/22379363jcol34030159.pdf>
9. Silva JB, Costa DR, Menezes FJC, Tavares JM, Marques AG, Escalante RD. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste brasileiro. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2010;23(3):1503. [Acess 2016 set 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a04.pdf>



## Anexo A

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
CEP/FAMERP

Parecer n.º 1.228.105

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O projeto de pesquisa **CAAE 30173214.4.0000.5415** sob a responsabilidade de **Adriana Pelegrini dos Santos Pereira** com o título "Perfil de uma População Estomizada Intestinal Provisória e Motivos de Não Reconstrução do Trânsito Intestinal" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 15 de Setembro de 2015.

*Luciano Garcia Lourenção*  
**Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção**  
**Coordenador do CEP/FAMERP**

17 3201 5813  
cep@famerp.br/famerp.br  
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro  
15080-000 | São José do Rio Preto SP  
www.famerp.br/cep



Anexo B  
Submissão Primeiro Artigo

The screenshot displays the Reme SGP (Sistema de Gestão de Publicações) interface. At the top, the user is logged in as 'Janderson Cleiton Aguiar'. The main navigation bar includes links for 'Página inicial', 'Correio', and 'Autor'. Below this, a horizontal menu contains options like 'Como Enviar', 'Normas de submissão', 'Copyright', 'Downloads', 'DeCS', 'MeSH', 'Dados Cadastrais', and 'Encerrar'.

The central area shows the article submission status for 'Enviado aos revisores' (Total: 1). A table on the left lists various stages of the submission process:

	Qtde
Fora de padrão	0
Artigos não-concluídos	1
Aguardando aprovação	0
Submetido pelo autor	0
Recebido pela secretaria	0
Enviado aos revisores	1
Devolvido para correções	0
Recusado	0
Aprovado	0
Pendente a visualização	0
Respondido pelo autor	0
Publicado na revista	0

The main article details are as follows:

- 765 - ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE ESTOMIZADOS INTESTINAIS PROVISÓRIOS**
- Data da submissão: 27/09/2016 15:27:26 (Pesquisa)
- Revista Mineira de Enfermagem

Additional actions available for the article include 'Pareceres e comentários', 'Versão em PDF', and 'Detalhe do manuscrito'. On the left sidebar, there are links for 'Submeter novo artigo para Revista Mineira de Enfermagem', 'Gerar Termo de Copyright', and 'Ajuda'.

# Anexo C

## Submissão segundo artigo

evise.com/evise/faces/pages/homepage/homepage.jsp?\_adf.ctrl-state=17zy7szvxu\_4

Journal of Coloproctology

Janderson Aguiar | My Journals | Log Out | Help EVISE

Home Reports

**My Author Tasks**

[Start New Submission](#) Click here to view your submissions with a final decision

**My Submissions with Journal (1)**

<p><a href="#">INTESTINAL RECONSTRUCTION IN A POPULATION OF PATIENTSWITH TEMPORARY STOMAS TAKES A LONG TIME</a></p> <p>Current status: Under Review (24/Mar/2017)</p>	<p>JCOL_2017_19 Editor-in-Chief: HENRIQUE SARUBBI FILLMANN</p> <p>Article Type: Original article Initial submission : 15/Mar/2017</p>
---	---

# APÊNDICE

---

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Queremos convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa que será realizada pelo enfermeiro Janderson Cleiton Aguiar do Ambulatório de Especialidades de São José do Rio Preto/SP, sob orientação da Profª Drª Maria Helena Pinto e co-orientação da Profª. Drª. Adriana Pelegrini dos Santos Pereira, que tem como objetivo Identificar as características dos pacientes estomizados intestinais provisório de São José do Rio Preto e região e identificar os fatores da não reconstrução do trânsito nos pacientes com estoma temporário. Seu nome nunca será divulgado, nem a origem das informações fornecidas. Em qualquer momento da pesquisa você poderá retirar seu nome, e se necessário, entrar em contato com a Profa. Adriana pelo telefone (17)3201-5716. A presente pesquisa está vinculada ao Comitê de ética em pesquisa da faculdade de medicina de São José do Rio Preto- FAMERP localizada na Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 Vila São Pedro CEP: 15090-000, fone: 17-32015813.

Eu.....(paciente) fui informado dos objetivos e métodos da pesquisa de maneira clara e detalhado. A pesquisadora certificou-me que todos os dados da pesquisa serão confidenciais. Tenho consciência que poderei solicitar informações e retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se assim o desejar. Se houver gastos adicionais, serão absorvidos pela pesquisadora. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

---

Assinatura do paciente

---

Assinatura do Pesquisador

**Roteiro de coleta de dados****Dados sociodemográficos**

- 1.Data da entrevista:
- 2.Sexo ( ) F ( ) M
- 3.Data nascimento:\_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_
- 4.Estado civil:\_\_\_\_\_
- 5.Tem parceiro sexual: ( ) sim ( ) não
- 6.Escolaridade:
 

( ) analfabeto	( ) sabe ler e escrever
( ) ensino fundamental completo	( ) Ensino fundamental incompleto
( ) ensino médio completo	( ) ensino médio incompleto
( ) ensino superior completo	( ) ensino superior incompleto
- 7.Religião: \_\_\_\_\_
- 8.Atualmente profissão:\_\_\_\_\_
- 9.Parou de trabalhar após cirurgia:
 

( ) sim	
( ) não	Quando tempo após a cirurgia retornou ao trabalho? _____
- 10 Apresenta algum tipo de comorbidade? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_
- 11.Renda familiar: \_\_\_\_\_

**Dados clínicos**

- 12.Data da confecção do estoma:\_\_\_\_\_
13. Tipo de cirurgia:\_\_\_\_\_
14. Carater da Cirurgia:\_\_\_\_\_
15. Hospital onde realizou o estoma:\_\_\_\_\_
16. Convenio:\_\_\_\_\_
- 17.Motivos da cirurgia/Patologia: \_\_\_\_\_
- 18.Tempo da confecção da estomia:\_\_\_\_\_
- 19.Tipo de estomia: ( ) ileostomia ( ) colostomia ( ) transversostomia  
( ) direita ( ) esquerda

**Motivos da não reconstrução**

- 20.Qual o motivo da demora ou da não reconstrução do estoma:
 

( ) condições de saúde, doenças pré-existentes, complicações pós- operatórias.
--

 Quais:\_\_\_\_\_

- demora no retorno médico  dificuldade de vaga para cirurgia  
 medo da cirurgia  acostumou com a estomia  
 outros Quais: \_\_\_\_\_

**Questões abaixo deverão ser respondidas pelo profissional do serviço.**

21. Equipamentos coletores e adjuntos utilizados e entregues pelo serviço de estomia:

bolsa de uma peça. Quantidade mensal: \_\_\_\_\_

bolsa de duas peças. Quantidade mensal: \_\_\_\_\_

Recebe adjuntos?  sim  não

Se sim: Quais:  pasta protetora de estomia. Quantidade mensal: \_\_\_\_\_

pó protetor estomia. Quantidade mensal: \_\_\_\_\_

clamp. Quantidade mensal: \_\_\_\_\_

outros: \_\_\_\_\_ . Quantidade mensal: \_\_\_\_\_

22. Estimativa do valor total gasto por mês com equipamentos e adjuntos: \_\_\_\_\_