



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Stella Godoy Silva e Lima

**Complicações em Estomas Intestinais e Urinários:
Revisão Integrativa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua.

**Botucatu
2017**

Stella Godoy Silva e Lima

Complicações em Estomas Intestinais e Urinários:
Revisão Integrativa

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Lima, Stella Godoy Silva.

Complicações em estomas Intestinais e urinários :
revisão integrativa / Stella Godoy Silva Lima. - Botucatu,
2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Magda Cristina Queiroz Dell`Acqua
Capes: 40400000

1. Intestinos - Cirurgia. 2. Enterostomia. 3. Estomas
cirúrgicos. 4. Estomia - Complicações e sequelas.

Palavras-chave: Complicações; Estomas cirúrgicos; Ostomia.

Este estudo foi subsidiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa demanda social.

STELLA GODOY SILVA E LIMA

Complicações em Estomas Intestinais e Urinários: Revisão Integrativa

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Banca Examinadora

Profa Dra Magda Cristeina Queiroz Dell`Acqua
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Enfa Dra Valéria de Castilho Palhares
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Profa Dra Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães
Instituto Lauro de Souza Lima

Botucatu, ____ de _____ de _____.

Dedicatória

A toda minha família, aqueles que não mediram esforços para me ajudar e incentivar neste momento tão especial e trabalhoso de minha vida.

Em especial ao meu esposo Jeiel pela compreensão, carinho e auxílio em situações fáceis e difíceis. Amo você para sempre!

A minha filha Sarah pelo carinho e compreensão na ausência necessária. Você é a razão do meu viver e crescer. Mamãe te ama!

A minha mãe Martha e minha sogra Lucinha por todos os esforços dispendidos a mim, cuidando sempre da minha filha, com muito amor e carinho. Eterna gratidão.

Aos meus pais Sidney e Martha pelo amor incondicional e apoio em todas as minhas decisões.

Agradecimento Especial

À Magda, minha querida orientadora, por acreditar em mim, pela convivência enriquecedora, pelos ensinamentos, incentivo, respeito, amizade e grandes contribuições para que esta etapa pudesse ser concluída.

A você todo o meu carinho, admiração e respeito.

Muito obrigada por tudo!

Agradecimentos

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

A minha querida orientadora **Profa Dra Magda Cristina Queiroz Dell`Acqua**, por proporcionar a oportunidade de realizar um grande sonho, por acreditar no meu potencial, por me instruir no meio acadêmico e compartilhar seus saberes e práticas.

Aos meus pais **Sidney e Martha** pelo incentivo, pelo apoio, pelas orações, por me ensinar os princípios e valores desta vida. Amo vocês!

Ao meu marido **Jeiel** por compartilhar a realização deste sonho, pelos momentos felizes vividos e apoio nas dificuldades enfrentadas. Sem sua ajuda tudo seria mais difícil. Amo você eternamente!

A minha pequena **Sarah** pelo carinho e compreensão na ausência necessária. Mamãe te ama você com todo coração!

Ao meu irmão **André** pelo apoio, incentivo e por acreditar tanto em mim. Estará sempre em meu coração.

A banca de Exame Geral de Qualificação **Enfa. Dra. Valéria de Castilho Palhares** e **Prof. Dr. Rogério Saad**, por compartilharem seus conhecimentos e tornarem meu trabalho mais rico.

Ao **Núcleo de Assistência ao Ostimizado (NAO)** pela oportunidade de colocar em prática os saberes oferecidos pela literatura e por encontrar pessoas sempre dispostas a ajudarem, de forma significativa.

As bibliotecárias **Darcila de Fátima Bozoni** e **Diva** pelo auxílio no levantamento bibliográfico, a **Rosimeire Aparecida Vicente** pela revisão das referências.

Enfim, a todos que estiveram comigo nesta jornada de trabalho e contribuíram de forma especial para me ajudar.

Epígrafe

“Se os teus sonhos estiverem nas nuvens, não te preocupes pois estão no lugar certo. Agora começa a construir os alicerces.”

(Autor desconhecido)

Apresentação

Sou enfermeira e graduada no ano de 2012 pela Faculdade Sudoeste Paulista, Avaré - SP. Trabalhei em UTI pediátrica e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais no HC- Unesp.

Despertei interesse pela área acadêmica no ano de 2013, onde me matriculei como aluna especial em algumas disciplinas, numa delas conheci a Profa Dra Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua que me apresentou o tema "Ostomizados". A partir deste momento despertou em mim grande curiosidade e interesse científico. No ano de 2014, entrei em contato com a Profa Magda com o projeto em mãos e muita vontade de ser aluna regular do Programa Mestrado Acadêmico.

Após orientações e direcionamento da minha orientadora reorganizamos as ideias e chegou-se ao tema "Proposição e Avaliação de Protocolo Baseado em Evidências para o Cuidado da Pessoa Ostomizada" e comecei a participar como aluna do Serviço ambulatorial Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO).

Devido a reorganização do Sistema de Saúde que privilegia a descentralização dos serviços de Saúde, avaliou-se a população de pacientes com o estatístico e não seria possível completar um "n" compatível com o tempo exigido pelo mestrado, comprometendo assim o que deveria ser uma amostra significativa para responder às questões do estudo. Desta maneira, após uma primeira revisão de literatura, optou-se por delimitar o tema complicações em estomias, pela relevância para novos estudos e para assistência em enfermagem. Para isto, o método que conduziria à resposta para questão do estudo foi a Revisão Integrativa de Literatura.

RESUMO

Introdução: Estoma é qualquer abertura cirúrgica de uma víscera oca para o meio externo e as derivações delimitadas para o estudo serão as de drenagem intestinal e urinária. Pela localização destes estomas eles podem ser ileostomia, colostomia e urostomia. A confecção de um estoma pode gerar muitas dificuldades na vida da pessoa, e as complicações precoces, tardias ou cutâneas comprometerão a qualidade de vida. De 21% a 70% dos pacientes estomizados desenvolvem algum tipo de complicação, embora do total exista um percentual significativo que poderia conviver com o estoma sem as complicações, caso algumas condutas após avaliação pudessem ser implementadas. **Objetivo Geral:** Sintetizar o conhecimento produzido e publicado na literatura nacional e internacional sobre as complicações em estomas intestinais e urinários. **Método:** Estudo metodológico, por meio de revisão integrativa de literatura, baseada nas seis etapas de Ganong: seleção da hipótese ou questão para a revisão; estabelecimento dos critérios para amostragem; categorização dos estudos; análise dos estudos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Para a seleção da hipótese ou questão para a revisão, utilizou-se a estratégia PICOT (Paciente, Intervenção, Controle, Outcomes/Resultados e Tempo), para os critérios de amostragem. Os critérios de inclusão foram artigos científicos, teses, dissertações e livros; publicações entre 2006 e 2015 acerca das complicações em estomas e publicações nos idiomas português, inglês e espanhol. As três etapas de busca foram bases de dados nas bases LILACS, EMBASE, WEB OF SCIENCE, CINAHL e MEDLINE; Teses e dissertações em acervos das universidades públicas do Estado de São Paulo e busca de livros indicados por profissionais responsáveis pelos cursos de estomaterapia do Estado de São Paulo. **Resultados:** Como características gerais da amostra constituída por 36 estudos que preencheram os critérios de inclusão, classificados como nacionais e internacionais, durante aos últimos cinco anos os estudos sobre complicações em estomas apresentaram com mais evidência, entre o período de 2011 a 2016 cerca de 55,6%. O idioma Inglês permaneceu como o mais frequente com 55,6% dos estudos publicados. O tipo de estudo mais utilizado pelos pesquisadores é o método quantitativo com 69,4%. O perfil do primeiro autor dos estudos evidenciaram que 48,6% atuaram em instituições de ensino, tem a medicina como formação primária em 52,8% e 80% são especialista na área cirúrgica. Um total de 62,9% dos estudos foram publicados como artigo em revistas de saúde, 19,4% como dissertações e 16,6 como livros. O principal tipo de estudo abordado nesta revisão foi o estudo descritivo com 50%, classificando o nível seis de evidência como mais apresentado com 47,2%. A Ileostomia foi o tipo de estoma mais apresentado com 80%. As Complicações tardias são as mais frequentes 89%, sendo a complicação mais apresentada 54,8% a hérnia paraestomal. A análise dos estudos possibilitou a presença de quatro categorias, tipos de complicações em estomas, assistência multiprofissional, fatores de risco e qualidade de vida. **Conclusão:** As complicações em estomas são fatores que comprometem a qualidade de vida dos pacientes estomizados e o acompanhamento profissional é de

extrema importância para sua reabilitação. Sendo assim, a prevenção de complicações é sem dúvida o melhor tratamento, para isso, é necessário que o profissional tenha conhecimento específico, atualizado e embasado em ciência para oferecer uma assistência adequada com menores taxas de complicações. Desta forma, concluiu-se que este trabalho de revisão integrativa tem a finalidade de trazer a ciência os tipos de complicações existentes, mostrou o que a literatura nacional e internacional se refere sobre a temática e as intervenções mais utilizadas. Os resultados apresentados nesta revisão integrativa permitiram proporcionar aos profissionais de saúde conhecer o que foi produzido e as lacunas no conhecimento.

Descritores: Estomas cirúrgicos, Complicações, Ostomia.

ABSTRACT

Introduction: Stoma is any surgical opening of a hollow viscera to the external environment and the delimited leads for the study will be those of intestinal and urinary drainage. By the location of these stomas they can be ileostomy, colostomy and urostomy. The making of a stoma can cause many difficulties in the person's life, and early, late or cutaneous complications will compromise the quality of life. From 21% to 70% of stomized patients develop some type of complication, although of the total there is a significant percentage that could live with the stoma without the complications, if some conduct after evaluation could be implemented. **Objective:** To synthesize the knowledge produced and published in the national and international literature on complications in intestinal and urinary stomas. **Method:** Methodological study, through an integrative literature review, based on the Ganong six stages: selection of the hypothesis or question for the review; Establishment of criteria for sampling; Categorization of studies; Analysis of studies; Interpretation of the results and presentation of the review. For the selection of the hypothesis or question for the review, the PICOT (Patient, Intervention, Control, Outcomes / Results and Time) strategy was used for the sampling criteria. The inclusion criteria were scientific articles, theses, dissertations and books; Publications between 2006 and 2015 on complications in stomas and publications in the Portuguese, English and Spanish languages. The three search steps were databases in the LILACS, EMBASE, WEB OF SCIENCE, CINAHL and MEDLINE databases; Theses and dissertations in collections of the public universities of the State of São Paulo and search of books indicated by professionals responsible for the courses of estomaterapia of the State of São Paulo. **Results:** As a general characteristic of the sample consisting of 36 studies that met the inclusion criteria, classified as national and international, during the last five years the studies on stoma complications presented with more evidence, between the period of 2011 to 2016 about 55 , 6%. The English language remained the most frequent with 55.6% of published studies. The type of study most used by researchers is the quantitative method with 69.4%. The profile of the first author of the studies showed that 48.6% worked in educational institutions, medicine has primary education in 52.8% and 80% are specialists in the surgical area. A total of 62.9% of the studies were published as an article in health journals, 19.4% as dissertations and 16.6 as books. The main type of study addressed in this review was the descriptive study with 50%, classifying the six level of evidence as more presented with 47.2%. Ileostomy was the most frequently presented stoma type with 80%. Late complications are the most frequent 89%, with the complication most present 54.8% to paraestomal hernia. The analysis of the studies allowed the presence of four categories, types of complications in stomas, multiprofessional care, risk factors and quality of life. **Conclusion:** Stomatal complications are factors that compromise the quality of life of stomized patients, and professional follow-up is extremely important for their rehabilitation. Therefore, the prevention of complications is undoubtedly the best treatment, for this, it is necessary that the professional has specific knowledge, updated and grounded in science to offer appropriate care with

lower complication rates. In this way, it was concluded that this work of integrative revision has the purpose of bringing to science the types of existing complications, showed what the national and international literature refers on the theme and the most used interventions. The results presented in this integrative review allowed health professionals to know what was produced and the knowledge gaps.

Keywords: Surgical Stomas, Ostomy, Complications.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|---|----|
| Quadro 1 | Características do estoma..... | 44 |
| Quadro 2 | Estratégia PICOT para elaboração da questão norteadora..... | 67 |
| Quadro 3 | Estratégia de busca para a revisão integrativa, São Paulo - 2015..... | 73 |
| Quadro 4 | Número de artigos obtidos no levantamento bibliográfico, São Paulo - 2015..... | 74 |
| Quadro 5 | Número de teses e dissertações obtidos no levantamento bibliográfico, São Paulo - 2015..... | 75 |
| Quadro 6 | Número de livros indicados pelos profissionais responsáveis pelo curso de especialização em estomaterapia, São Paulo - 2016..... | 76 |
| Quadro 7 | Descrição dos artigos que compõem a amostra de revisão integrativa, segundo portal/base, ano de publicação, título do artigo e título do periódico, São Paulo - 2016..... | 81 |
| Quadro 8 | Descrição dos artigos que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o delineamento do estudo, nacional ou internacional e nível de evidência, São Paulo - 2016..... | 85 |
| Quadro 9 | Apresentação da síntese do estudo 1..... | 87 |
| Quadro 10 | Apresentação da síntese do estudo 2..... | 88 |
| Quadro 11 | Apresentação da síntese do estudo 3..... | 89 |
| Quadro 12 | Apresentação da síntese do estudo 4..... | 90 |
| Quadro 13 | Apresentação da síntese do estudo 5..... | 91 |
| Quadro 14 | Apresentação da síntese do estudo 6..... | 92 |
| Quadro 15 | Apresentação da síntese do estudo 7..... | 93 |
| Quadro 16 | Apresentação da síntese do estudo 8..... | 94 |
| Quadro 17 | Apresentação da síntese do estudo 9..... | 95 |
| Quadro 18 | Apresentação da síntese do estudo 10..... | 96 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| Quadro 19 | Apresentação da síntese do estudo 11..... | 97 |
| Quadro 20 | Apresentação da síntese do estudo 12..... | 98 |
| Quadro 21 | Apresentação da síntese do estudo 13..... | 99 |
| Quadro 22 | Apresentação da síntese do estudo 14..... | 100 |
| Quadro 23 | Apresentação da síntese do estudo 15..... | 101 |
| Quadro 24 | Apresentação da síntese do estudo 16..... | 102 |
| Quadro 25 | Apresentação da síntese do estudo 17..... | 103 |
| Quadro 26 | Apresentação da síntese do estudo 18..... | 104 |
| Quadro 27 | Apresentação da síntese do estudo 19..... | 106 |
| Quadro 28 | Apresentação da síntese do estudo 20..... | 107 |
| Quadro 29 | Apresentação da síntese do estudo 21..... | 108 |
| Quadro 30 | Apresentação da síntese do estudo 22..... | 109 |
| Quadro 31 | Apresentação da síntese do estudo 23..... | 110 |
| Quadro 32 | Descrição das teses e dissertações que compõem a amostra de revisão integrativa, segundo acervo da universidade, ano de defesa, título do trabalho, São Paulo - 2016..... | 111 |
| Quadro 33 | Descrição das dissertações que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o deliamento do estudo e nível de evidência, São Paulo - 2016..... | 112 |
| Quadro 34 | Apresentação da síntese do estudo 24..... | 113 |
| Quadro 35 | Apresentação da síntese do estudo 25..... | 114 |
| Quadro 36 | Apresentação da síntese do estudo 26..... | 115 |
| Quadro 37 | Apresentação da síntese do estudo 27..... | 116 |
| Quadro 38 | Apresentação da síntese do estudo 28..... | 117 |
| Quadro 39 | Apresentação da síntese do estudo 29..... | 119 |
| Quadro 40 | Descrição dos livros que compõem a amostra de revisão integrativa, segundo as indicações de professores responsáveis por cursos de estomaterapia, ano da edição e título, São Paulo - 2016..... | 121 |
| Quadro 41 | Apresentação da síntese do estudo 30..... | 122 |
| Quadro 42 | Apresentação da síntese do estudo 31..... | 123 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| Quadro 43 | Apresentação da síntese do estudo 32..... | 124 |
| Quadro 44 | Apresentação da síntese do estudo 33..... | 125 |
| Quadro 45 | Apresentação da síntese do estudo 34..... | 126 |
| Quadro 46 | Apresentação da síntese do estudo 35..... | 127 |
| Quadro 47 | Apresentação da síntese do estudo 36..... | 128 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|--|-----|
| Tabela 1 | Distribuição dos artigos da revisão integrativa, segundo ano de publicação, país idioma e tipo de estudo, São Paulo-2016..... | 130 |
| Tabela 2 | Distribuição dos artigos da revisão integrativa, segundo local de trabalho, profissão e titulação do primeiro autor, São Paulo-2016..... | 132 |
| Tabela 3 | Distribuição dos artigos da revisão integrativa, segundo tipo de publicação, descrição do estudo e nível de evidência, São Paulo-2016..... | 133 |
| Tabela 4 | Distribuição dos artigos da revisão integrativa, segundo demarcação constatada, tipo de cirurgia e indicação para realização do estoma, São Paulo-2016..... | 134 |
| Tabela 5 | Distribuição dos artigos da revisão integrativa, segundo tipo de estoma, complicação precoce, tardia e cutâneas, São Paulo-2016..... | 136 |
| Tabela 6 | Distribuição dos estudos desta revisão integrativa segundo as frequências dos tipos de complicações seguido da complicação mais apresentada dentro das categorias, São Paulo - 2016..... | 137 |
| Tabela 7 | Distribuição dos artigos da revisão integrativa, segundo as categorias do estudo, São Paulo 2016..... | 138 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|------------------|--|-----|
| Figura 1 | Localização do estoma..... | 35 |
| Figura 2 | Músculo reto abdominal..... | 36 |
| Figura 3 | Estoma normal..... | 41 |
| Figura 4 | Edema de estoma..... | 46 |
| Figura 5 | Estoma com necrose..... | 47 |
| Figura 6 | Separação mucocutânea..... | 48 |
| Figura 7 | Retração do estoma..... | 50 |
| Figura 8 | Hérnia Paraestomal..... | 51 |
| Figura 9 | Prolapso do estoma..... | 52 |
| Figura 10 | Estenose do estoma..... | 54 |
| Figura 11 | Dermatite de contato..... | 55 |
| Figura 12 | Pioderma Gangrenoso..... | 56 |
| Figura 13 | Fístula..... | 58 |
| Figura 14 | Fluxograma de seleção do estudo etapa 1..... | 74 |
| Figura 15 | Fluxograma de seleção do estudo etapa 2..... | 75 |
| Figura 16 | Fluxograma de seleção do estudo etapa 3..... | 76 |
| Figura 17 | Ângulo de drenagem do estoma..... | 166 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 22 |
| 1.1 | Contextualização do tema e a condição de estomizado inserido nas atividades diárias da vida..... | 27 |
| 1.2 | Indicações para a realização cirúrgica do estoma..... | 31 |
| 1.2.1 | Derivações Intestinais..... | 31 |
| 1.2.2 | Derivações Urinárias..... | 32 |
| 1.3 | Demarcação..... | 32 |
| 1.4 | Cirurgia de estoma intestinal..... | 36 |
| 1.5 | Cirurgia para estoma e derivação urinária..... | 38 |
| 1.5.1 | Conduitos intestinais incontinentes..... | 38 |
| 1.5.2 | Derivações continentas..... | 39 |
| 1.6 | Características do estoma normal..... | 40 |
| 1.7 | Pele periestoma..... | 41 |
| 1.8 | Complicações em estomas..... | 42 |
| 1.8.1 | Complicações Precoces..... | 44 |
| 1.8.2 | Complicações Tardias..... | 49 |
| 1.8.3 | Complicações Cutâneas..... | 54 |
| 1.8.4 | Outras complicações em estomas e periestoma..... | 58 |
| 1.8.5 | Complicações psicossociais..... | 60 |
| 2 | OBJETIVO..... | 62 |
| 2.1 | Objetivo específico..... | 62 |
| 3 | PERCURSO METODOLÓGICO..... | 63 |
| 3.1 | Referencial Teórico..... | 63 |
| 3.2 | Tipo de estudo..... | 65 |
| 3.2.1 | Primeira etapa: seleção da hipótese ou questão para a revisão..... | 66 |
| 3.2.2 | Segunda etapa: estabelecer critérios para amostragem..... | 67 |
| 3.2.2.1 | Operacionalização da coleta de dados..... | 68 |
| 3.2.2.2 | Descritores e palavras-chaves..... | 68 |
| 3.2.2.3 | Fontes consultadas..... | 68 |
| 3.2.2.4 | Estratégia de busca..... | 72 |
| 3.2.3 | Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização..... | 77 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.2.3.1 | Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa..... | 77 |
| 3.2.3.2 | Análise estatística..... | 79 |
| 3.2.4 | Quarta etapa: análise dos estudos..... | 79 |
| 3.2.5 | Quinta etapa: interpretar os resultados..... | 79 |
| 3.2.6 | Sexta etapa: apresentação da revisão..... | 79 |
| 4 | RESULTADOS..... | 80 |
| 4.1 | Apresentação dos resultados dos artigos..... | 80 |
| 4.2 | Apresentação dos resultados de teses e dissertações..... | 111 |
| 4.3 | Apresentação dos resultados de livros..... | 120 |
| 4.4 | Categorias e análise da Revisão Integrativa..... | 129 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 140 |
| 5.1 | Discussão dos artigos..... | 140 |
| 5.2 | Discussão das teses e dissertações..... | 154 |
| 5.3 | Discussão dos livros..... | 163 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 170 |
| 6.1 | Artigos..... | 170 |
| 6.2 | Teses e dissertações..... | 171 |
| 6.3 | Livros..... | 172 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 173 |
| 8 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 175 |
| | Apêndice 1..... | 187 |
| | Apêndice 2..... | 191 |
| | Apêndice 3..... | 193 |
| | Apêndice 4..... | 200 |
| | Apêndice 5..... | 202 |
| | ANEXOS..... | 205 |

1 INTRODUÇÃO

A palavra estoma tem origem grega *stoma* e significa “boca”, “abertura”. Na língua portuguesa, no processo de transmutação das palavras derivadas de outras línguas, como o grego e o latim existem algumas regras, usa-se o “e” antes de termos iniciados por “s”, e não “o”. Desta maneira estoma é o nome regular existente no dicionário, porém é possível encontrar na literatura médica derivados como ostomia e estomia^(1, 2).

Utilizou-se a palavra estoma, no estudo, por tratar-se da melhor indicação acadêmica, e por ser uma recomendação da ABRASO⁽³⁾ (Associação Brasileira de Ostomizados), embora alguns textos e até mesmo em leis seja utilizado a palavra ostomia e o termo ostomizado e nesta condição será mantida.

Estoma é uma abertura com a exteriorização e fixação de alça intestinal na pele da região abdominal, criada por meio de intervenção cirúrgica para o tratamento de doenças ou traumas no aparelho digestório. A urostomia consiste na exteriorização de condutos urinários para a parede abdominal^(4, 5). No estudo serão tratados sobre os estomas intestinais e urinários.

Considera-se estomas qualquer abertura cirúrgica de uma víscera oca ao meio externo, sendo de forma direta ou indireta. Os estomas podem ser jejunostomia, ileostomia, colostomia e urostomia⁽⁶⁾.

Embora seja um procedimento comum dentre os cuidados cirúrgicos e pode ser realizado por diversas especialidades cirúrgicas, inclusive em situações de urgências, visa preservar a vida diante de alguma situação em que não é possível utilizar o ânus ou uretra para eliminações fisiológicas, o que pode reduzir a morbimortalidade pós-operatória^(7, 8).

A estomoterapia é considerada uma especialização voltada para a capacitação do profissional enfermeiro, fundada em 1980 nos Estados Unidos da América. A estomoterapia surgiu em 1958, em Cleveland-EUA, para atender as necessidades de reabilitação à pessoa portadora de estoma. Esta especialidade foi iniciada pelo cirurgião Rupert Turnbull, na Associação de Ostomizados da cidade de Cleveland, com ajuda de Noma Gill, sua paciente ileostomizada, que embora não fosse uma enfermeira tornou-se a primeira estomaterapeuta que a história registra pela contribuição nesta área. No Brasil, o curso desta especialidade chegou na década de 90 pela Escola de Enfermagem da Universidade de São

Paulo^(7, 9).

De acordo com a *United Ostomy Associations of America* (UOAA), no ano de 2013 aproximadamente existiam mais de 750 mil ostomizados e 120 mil novas cirurgias foram realizadas anualmente nos Estados Unidos da América (EUA). Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), no ano de 2007 no Brasil foram registrados 33.864 pessoas portadores de estomia^(3, 10, 11).

Estar estomizado causa um impacto duplo na vida da pessoa, primeiramente atribuído à incerteza da cura e da possibilidade da morte eminente e, em segundo lugar pela alteração na auto imagem, a vergonha e o medo da rejeição. Com isto, há dificuldades no enfrentamento (coping), com diferentes modos e estratégias para conviver com o estoma^(12, 13).

Os pacientes estomizados, embora portadores de características comuns que os unem em um grupo especial, são pessoas com necessidades e reações próprias a sua identidade e subjetividade. Assim, a resposta à problemática causada pela abertura do estoma guarda relação com as condições pessoais de cada um, bem como, com as variações externas, tais como a qualidade do suporte familiar, financeiro e assistencial recebidos em todas as fases do tratamento cirúrgico⁽¹⁴⁾.

Embora o estoma cause mudanças na vida do portador, por outro lado é possível ele aprender a conviver com essa situação. Para isto, é imprescindível ser cuidado por uma equipe especializada, ter as ações públicas de saúde tanto para o desenvolvimento do autocuidado quanto para apoio psicoemocional e ter apoio familiar⁽¹⁵⁾.

A localização do estoma determina a consistência e o pH (potencial hidrogeniônico) das fezes, dos efluentes. Uma ileostomia desvia todo o intestino grosso e em consequência disso, as fezes são frequentes e líquidas e altamente corrosivas quando entram em contato com a pele, o que também acontece com uma colostomia de cólon ascendente. Já a colostomia do cólon transversal geralmente resulta em fezes mais sólidas e formadas. A colostomia de sigmóide elimina fezes com as mesmas características das eliminadas por via retal. A localização de colostomia geralmente é determinada pelo problema de saúde de base e de outros critérios determinados para cada pessoa⁽¹⁶⁾.

Uma colostomia em alça geralmente é realizada em uma situação clínica de emergência médica, quando se prevê o fechamento da mesma. A colostomia

terminal consiste em um estoma formado a partir da extremidade proximal do intestino com a porção distal do trato gastrointestinal, quer removida, quer suturada fechada, chamada bolsa de Hartmann, e deixada na cavidade abdominal. Os estomas intestinais podem ser temporárias, portanto poderá em um segundo momento cirúrgico, refazer o trajeto intestinal, que se chama reconstrução do trânsito intestinal⁽¹⁷⁾.

A ileostomia é a formação de uma abertura temporária ou permanente através do íleo. Este procedimento geralmente é feito quando está presente uma extensa lesão, seja para reduzir a atividade no cólon pelo desvio, seja para ressecção de todo o intestino grosso⁽¹⁸⁾.

A urostomia é a criação cirúrgica de uma abertura artificial dos condutos urinários na parede abdominal. A urina passará a fluir pela abertura situada na parede abdominal e será armazenada num saco coletor⁽¹⁸⁾.

Existem dois tipos de desvio urinário, sendo um cutâneo onde a urina é excretada pelo orifício criado na pele e parede abdominal. O segundo tipo é o desvio urinário continente onde uma parte do intestino é utilizada para criar um reservatório para eliminação da urina⁽¹⁹⁾.

Os condutos chamados de ureterostomias ou condutos intestinais urinários serão sempre classificados como estomas terminais. Os cinco principais estomas urinários descritos na literatura são: nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colônico⁽²⁰⁾.

A realização da nefrostomia é feita pela da inserção de um cateter na pelve renal sob a incisão na região do flanco ou na colocação percutânea de cateter no rim⁽¹⁹⁾.

A ureterostomia cutânea é um processo cirúrgico feito pelo ureter, onde o cirurgião traz o ureter através da parede do abdome e o fixa a uma abertura na pele⁽¹⁹⁾.

O conduto íleal é realizado pelo transplante dos ureteres para uma seção isolada do íleo terminal, desenvolvendo uma extremidade para a parede abdominal. Este procedimento pode ser utilizado tanto para as porções do colo sigmóide transversa e para o jejuno proximal⁽¹⁹⁾.

Esta nova condição gera não só alterações físicas, mas também psicológicas relacionadas principalmente com a eliminação involuntária das fezes ou urina devido à perda do controle esfinteriano, o que pode expor o paciente à

vivência de constrangimentos sociais. Deste modo, ao se deparar com a presença do estoma o paciente sofre inúmeras alterações em seu estado biopsicossocial⁽²¹⁾.

O processo de adaptação destes pacientes, frente à nova condição de saúde envolve inúmeros fatores importantes de seu cotidiano, que neste momento, precisam ser revistos, substituídos, reduzidos e muitas vezes até mesmo substituídos por outras estratégias e condutas⁽²²⁾.

Os pacientes portadores de estoma seja intestinal ou urinário sofrem alterações emocionais devido as mudanças da imagem corporal e o uso de dispositivos coletores. A presença do estoma pode gerar o isolamento social e constrangimento perante o convívio dos familiares. Isto poderá afetar também a qualidade de vida em meio as dificuldades e limitações presentes neste período da vida⁽²³⁾.

Na vivência de um estoma é indispensável mencionar que existem diversos produtos, equipamentos coletores e adjuvantes de proteção da pele que se apresentam no mercado para facilitar e auxiliar os indivíduos estomizados, e quando utilizados de forma correta ajudam no cuidado e na melhora da qualidade de vida⁽²³⁾.

Deste modo, o Ministério da Saúde, por meio da portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009 estabelece diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - esta portaria assegura aos pacientes seus direitos relativos ao recebimento pelo SUS dos dispositivos coletores e adjuvantes⁽²⁴⁾. Por esta razão, esta mesma portaria propõe quanto à equipe de recursos humanos do Serviço de Atendimento aos Ostomizados nível II que disponha:

“2.4. Recursos Humanos

O Serviço deverá dispor de no mínimo os seguintes recursos humanos:

- 1 médico (médico clínico ou proctologista ou urologista ou gastroenterologista, cirurgião geral ou cirurgião pediátrico ou cancerologista cirúrgico ou cirurgião de cabeça e pescoço ou cirurgião torácico)*
- 1 enfermeiro (com capacitação em assistência às pessoas com estoma)*
- 1 psicólogo*
- 1 nutricionista*
- 1 assistente social.*

O número de profissionais deve ser adequado às demandas e à área territorial de abrangência do serviço, dando-se à prioridade a maior proporção de enfermeiros na equipe. Os profissionais não necessitam ser exclusivos do serviço.” (24)

Segundo esta mesma portaria, os estomizados trazem uma série de cuidados em relação a sua manutenção: higiene frequente para integridade da pele

periestoma; observações das características reais do estoma em relação à cor, forma, tamanho e mucosa; troca dos dispositivos coletores ou bolsas e o esvaziamento do conteúdo intestinal coletado na bolsa, dentre outras características que poderão ser avaliadas⁽²⁴⁾.

Sendo assim o Serviço de Atendimento aos Ostomizados nível II deve desenvolver minimamente as atividades descritas abaixo:

“2.5. Atividades

- I- atendimento individual (consulta de enfermagem, consulta médica, consulta de serviço social, psicologia e nutrição);*
- II- atendimento em grupo (orientação, grupo operativo, atividades educativas em saúde e de vida diária);*
- III- orientações à família; atividades enfocando a inclusão das pessoas com estoma na família e sociedade;*
- IV- planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para aquisição e fornecimento para as pessoas com estoma;*
- V- atividades de orientação aos profissionais da atenção básica e hospitalares para o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência;*
- VI- capacitação para técnicas especializadas aos profissionais das unidades hospitalares e equipes de saúde do Serviço de Atenção a Saúde das Pessoas Ostomizadas I⁽²⁴⁾.*

Diante do exposto, observa-se a importância de um serviço sistematizado de enfermagem em nível ambulatorial, voltado especificamente para o cuidado humanizado de pacientes em fase pré-operatória, assegurando o acompanhamento por meio da avaliação clínica e das condutas que cada situação exigir. Faz-se necessário um planejamento terapêutico que englobe as diferentes fases do seu tratamento, desde o pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Mesmo diante de técnicas cirúrgicas desempenhadas com excelência, incluindo inovações por estudos científicos, nenhum método garante que complicações mediatas e imediatas não aconteçam no decorrer da presença do estoma⁽²⁵⁾.

Porém, há também diversas situações nominadas como complicações que poderiam ser evitadas, quando planejadas no período pré-operatório, destacando-se a escolha do local da confecção do estoma, planejamento realizado antes do ato cirúrgico, por meio de técnica executada, nominada demarcação, realizado por estomaterapeuta ou enfermeiro com expertise no assunto⁽⁸⁾.

As complicações de estomas intestinais podem ser precoces ou tardias. As complicações precoces mais apresentadas na literatura são: isquemia ou necrose na alça intestinal exteriorizada, hemorragia, retração, edema, infecção e dermatite

próximo ao estoma. Já as complicações tardias mais relatadas são as estenoses, obstruções, hérnias, prolapso e fístulas⁽²⁶⁾.

As complicações de estomas urinários precoces mais comuns são: infecção ou deiscência da ferida, extravasamento de urina, obstrução ureteral, acidose hiperclorêmica, obstrução do intestino delgado, íleo paralítico e gangrena do estoma. As tardias incluem obstrução ureteral, contração ou estenose, deterioração renal, pielonefrite e cálculos renais⁽¹⁹⁾.

Outras complicações encontradas estão relacionadas à dimensão psicossocial das pessoas portadoras de estomas, tais como: os impactos na vida sexual, a alteração na imagem corporal, a qualidade de vida e a adaptação do paciente e de seus familiares, principalmente as condições de vida do principal cuidador, sendo este na maioria das vezes o cônjuge⁽²⁰⁾.

1.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E A CONDIÇÃO DE ESTOMIZADO INSERIDO NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DE VIDA

Para contextualizar o tema há dados na literatura que evidenciam que a grande parte da população mundial é atingida por algum tipo de doença crônica, que pode alterar seu cotidiano e também de seus familiares de diversas maneiras frente ao diagnóstico, tratamento e reabilitação⁽²⁷⁾.

Dentre as doenças crônicas o câncer configura-se como um problema de saúde pública que está relacionado com cerca de mais de 100 doenças. É classificada, desde 2003 umas das maiores causas de morte no Brasil. Estima-se que em um período de um ano surgem cerca de 385 mil novos casos⁽²⁷⁾.

O Câncer Colorretal (CCR) é a terceira neoplasia mais frequente no mundo. A mortalidade persiste nos últimos 50 anos apesar dos avanços e novas tecnologias. Grande parte dos doentes apresenta-se com tumores em estágio avançado ou incuráveis, e dependem da necessidade de rastreamento dos pacientes com lesões pré malignas (pólipos adenomatosos) como resultado de herança genética ou idade, e de vigilância dos portadores de doença inflamatória intestinal de longa evolução⁽²⁸⁾.

Na medida em que existem diferentes grupos de risco identificáveis para CCR e diferentes estratégias para o rastreamento, há que se determinar o protocolo de triagem capaz de oferecer maior relação custo benefício, uma vez que

o objetivo das técnicas de rastreamento é diminuir a morbimortalidade da população. Os principais métodos de rastreamento incluem, isoladamente ou em associação, o emprego da pesquisa de sangue oculto nas fezes, a sigmoidoscopia e o exame colonoscópico⁽²⁸⁾.

Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), estima-se que no Brasil, existe cerca de 50 mil estomizados, sendo que muitos desses jovens, submetidos à procedimento cirúrgicos, por serem vítimas de traumatismos por arma branca, arma de fogo e acidentes⁽²²⁾.

Os estomas podem ser temporários ou definitivos. Estomas temporários são aqueles que após o tratamento pode-se refazer o trajeto do intestino. Estomas definitivos são realizados quando não é possível restabelecer o trânsito intestinal ou urinário, sendo mais comum em situação de câncer⁽⁶⁾.

Existem diversos fatores que levam a realização do estoma e dentre os mais frequentes estão doenças como câncer de cólon e reto, câncer de bexiga, doença diverticular, doenças inflamatórias do intestino, incontinência anal, Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), trauma, megacólon, infecções perineais graves, doenças congênitas, doença de Crohn e presença de trauma⁽²⁹⁾.

Assim como já foi apresentada as diversas causas para cirurgia, resultando em estomias há sim um destaque para o Câncer colorretal, pela significativa incidência.

O estoma é realizado por meio de uma cirurgia invasiva que resulta na perda importante da função do corpo. Isso pode resultar várias consequências a longo e curto prazo, tais como distúrbios do sono e irritações da pele periestomal, e enormes desafios para o cuidado pessoal, além de consequências psicológicas e sociais que podem ser complexas e persistentes⁽¹⁵⁾.

As taxas globais de incidência de complicações variam de 21% a 60%. Por exemplo as hérnias paraestomais geralmente são assintomáticas; entretanto o aumento de tamanho pode causar inconvenientes e desconfortos importantes, inclusive problemas para manejar a colocação da bolsa coletora^(15, 30).

Estima-se que 18% a 35% de pessoas que tiveram câncer colorretal possuem estomas intestinais temporárias ou permanentes como tratamento. A adaptação do indivíduo é considerada difícil, pois consistirá em uma nova condição de vida, sendo um processo longo e pode acarretar transtornos associados à doença de base, grau de deficiência, valores individuais e personalidade. Por este

motivo deve ser acompanhada por profissionais de saúde que, por meio de evidências podem desenvolver estratégias e suporte para a realização do tratamento e adaptação, considerando este processo de longo-prazo para menor ou igual a cinco anos⁽¹⁵⁾.

Em relação à qualidade de vida dos pacientes, há várias consequências negativas que podem ser vivenciadas ao decorrer do tempo com o enfrentamento do estoma. Assim como a mudança da dieta, as restrições de vestimentas, as viagens, a prática dos esportes, a sexualidade e o isolamento em meio as atividades sociais⁽¹⁵⁾.

As modificações na alimentação tem o objetivo de evitar flatulência excessiva e complicações como diarreia. Além disso, há o medo de alimentar-se em público, contribuindo na diminuição do prazer da alimentação e no isolamento social ⁽²²⁾.

O procedimento cirúrgico para a realização do estoma pode causar algumas desordens fisiológicas. Na vida sexual é mencionado a perda da libido em ambos os sexos. Nos homens ainda pode haver a perda da capacidade de ereção e a ejaculação anormal; e nas mulheres além da redução ou a perda da libido, pode acontecer a dispareunia⁽²⁹⁾.

Outra questão muito relatada referente à sexualidade é a dificuldade dos profissionais em abordar o assunto com os pacientes. Em várias pesquisas há evidências da insatisfação neste sentido da vida dos portadores de estomas. Um dos sentimentos vividos é a vergonha na presença do parceiro, a sensação de estar sujo e inadequado, o que gera o medo da rejeição. As mudanças nesta questão são tão profundas que geralmente tendem a ser substituídas por sentimentos de amor, carinho, companheirismo e atividades religiosas⁽²⁹⁾.

Pode haver um sentimento de desvalia social, constrangimento e a sensação de estar sendo sentenciado por sua situação de doença. Percebe-se neste contexto a ideiação no meio social de esconder o estoma, mantê-lo secreto até mesmo das pessoas mais próximas como os familiares⁽²²⁾.

O constrangimento em meio a família e a sociedade é muito comentado, pois gera o sentimento de desmotivação na realização de várias atividades como a de viajar e realizar atividades de lazer. É relatado a dificuldade em adaptar-se com certos itens de segurança do automóvel, ônibus, navio e avião. Também são mencionadas as dificuldade em participar de alguns esportes. Nos espaços públicos faltam locais adaptados para trocas dos dispositivos, sendo todos, fatores

importantes para aumentar a sensação de exclusão social⁽¹⁵⁾.

Quanto a aceitação da família e a vontade em compreender estas experiências, por vezes também é bastante desafiador, e os pacientes sentem dificuldades em conseguir apoio o que torna esses momentos como experiências difíceis e frustrantes⁽¹⁵⁾.

É possível encontrar algumas redes para o cuidado à saúde e são desenvolvidas por pessoas e famílias com vivência do mesmo tipo de adoecimento e apresentam-se como fonte de diferentes formas de cuidado, sendo importantes para diminuir a vulnerabilidade social. Essas redes facilitam as relações sociais, de reconhecimento mútuo e de ajuda e troca de experiências⁽³¹⁾.

Observa-se que as grandes dificuldades enfrentadas pelos pacientes estão na prática do autocuidado, assim como os cuidados diários com a bolsa coletora, os vazamentos, o odor desagradável, a presença dos gases intestinais e as alergias de pele, dentre outros motivos⁽³²⁾.

A atuação da enfermagem é imprescindível desde o pré-operatório, com ações de avaliação e condutas educativas para saúde e manejo desta complexa situação clínica. Os enfermeiros utilizam do processo de enfermagem, da consulta de enfermagem, implementando todas as etapas, inclusive os diagnósticos de enfermagem em função da melhora do paciente⁽²²⁾.

É evidenciado que o processo de reabilitação deve ser iniciado com o paciente e sua família já na fase diagnóstica, planejando restituir-lhe as atividades de convívio social e melhorar sua qualidade de vida diante do impacto na realização do estoma⁽³³⁾.

Nas consultas de enfermagem é possível o acompanhamento periódico do paciente e família, prevenindo complicações e dando apoio para o enfrentamento das dificuldades decorrentes das mudanças após a estomização^(22, 33).

Reforça-se que as ações de educação em saúde são indispensáveis e fundamentais na atuação da enfermagem para a assistência ampliada. Desta forma é de extrema importância as orientações de enfermagem, tanto aos pacientes como para seus familiares⁽²²⁾.

No processo de reabilitação inclui o autocuidado para troca de bolsa, avaliação das condições periestoma com o objetivo de prevenir algumas das complicações e promover conforto e segurança. A literatura afirma que os cuidados com a higienização e a troca de bolsa dos estomas são de extrema importância

para garantir a integridade da pele e prevenir infecções e para que isso ocorra de forma adequada é necessário que os pacientes sejam cuidados pelos profissionais especializados, para que eles possam desenvolver o autocuidado⁽²²⁾.

A disposição do paciente para o autocuidado, pode ser de papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social de si próprio e para sua família no processo de viver com um estoma, o que contribui de forma significativa na qualidade de vida de todos os envolvidos. O conhecimento para o autocuidado permite ao paciente maior independência e autonomia⁽²²⁾.

No pós-operatório as preocupações e os cuidados são voltados para o estoma, a pele periestoma, a troca dos dispositivos, a higiene e a adequação alimentar para diminuir a formação de gases. Na alta hospitalar, a aprendizagem continua no domicílio, com a prática da estratégia, adequação pessoal e participação em grupos de apoio, nos quais existem as trocas de experiências do convívio com o estoma intestinal⁽³³⁾.

A promoção a saúde está relacionada na capacitação do profissional em ensinar o paciente ações em benefício de sua saúde e qualidade de vida. As principais ações de estratégias de ensino passam pela orientação em consultas, pelas palestras, aulas, distribuição dos materiais educativos, auxílio nos grupos de apoio, avaliações de saúde e facilitação ao acesso do tratamento de patologias existentes. Todas estas ações devem ser realizadas de forma clara e de linguagem fácil para as diferentes vivências dos indivíduos e grau de escolaridade e quaisquer necessidades educacionais especiais⁽³³⁾.

Os profissionais que trabalham com esses pacientes, além de terem um conhecimento específico e embasamento teórico sobre estomas e estratégias de ensino, deve ter empatia, saber ouvir, olhar, sentir, trabalhar em diversos níveis sociais e saber lidar com diversas situações, sejam elas de indignação, revolta, não aceitação, depressão, entre outras, sempre com o intuito de promover conforto e segurança aos pacientes⁽³³⁾.

1.2 INDICAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO CIRÚRGICA DE ESTOMAS.

1.2.1 Derivações Intestinais

As principais indicações para estomas intestinais são:

- Obstruções intestinais: como neoplasias, agenesia e atresias, megacólon

- congênito, volvo, doenças diverticular, colite isquêmica;
- Perfuração de cólon: doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn, retocolite ulcerativa), neoplasias, doença diverticular, colite isquêmica;
- Traumas: penetrante, fechado e empalação;
- Fístulas: anorretais, reto-vaginais, reto-vesicais e
- Proteção de anastomose: colorretais, colo-anais e íleo-anais ^(26, 34).

1.2.2 Derivações Urinárias

As principais indicações para estoma urinária são:

- Tumores de bexiga;
- Neoplasia maligna pélvica;
- Má formação congênita;
- Estenoses;
- Traumatismos: Uretra e Ureter;
- Bexiga neurogênica;
- Infecção crônica;
- Cistite Intersticial Intratável;
- Doença de Crohn e
- Último recurso de incontinência⁽¹⁹⁾.

1.3 DEMARCAÇÃO

A demarcação do local em que será realizado o estoma no abdome, seja de caráter temporário ou definitivo, é um dos cuidados específicos na assistência pré-operatória à pessoa que se submeterá à cirurgia⁽³⁵⁾.

Esta técnica auxilia no posicionamento adequado do estoma, associado ao procedimento cirúrgico, é um fator essencial que facilita a assistência de enfermagem, bem como o autocuidado e contribui para diminuir os riscos de complicações tanto no estoma como na pele periestoma⁽³⁵⁾.

Os pacientes com indicações para estoma, seja intestinal ou urinário, necessitam de um novo trajeto para efetuar suas eliminações fisiológicas. Para a confecção do estoma é muito importante a atenção para certos cuidados pré-operatórios que irão proporcionar segurança ao paciente, controlar o tratamento da morbidade e evitar complicações⁽⁶⁾⁽¹⁹⁾.

Na fase pré-operatória devem ser considerados vários pontos relacionados ao paciente, assim como seu diagnóstico e tratamento; possíveis alergias de pele e morbidades; hábitos de eliminações e possíveis alterações com o surgimento do estoma; atividades do cotidiano, exercícios sociais, lazer e trabalho; grau de ansiedade e estratégias para o enfrentamento desta nova etapa que está por vir; nível cultural, ético e religioso dando ênfase ao estado nutricional, habilidades psicomotoras e observar as condições da parede abdominal e o aspecto da função perineal⁽⁶⁾.

Além disso, considerar também na demarcação outros fatores especiais tais como: portadores de próteses, obesos (abdome em avental), cadeirantes e qualquer outro fator que influencie a mobilidade do paciente⁽⁷⁾.

Neste período também é abordado a educação relacionada ao cuidado com o estoma e o incentivo na realização do autocuidado. Realizar as orientações quanto à técnica de colocação correta dos dispositivos, forma de esvaziamento e limpeza da bolsa coletora, assim como as observações do estoma no período da troca. Essas informações implicarão em evitar possíveis complicações futuras⁽³⁶⁾.

É de fundamental importância planejar a demarcação neste período, por meio desta técnica que pode determinar o local em que o cirurgião colocará o estoma. Quem realiza esta técnica é o médico cirurgião, o enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro com expertise nesta área do conhecimento^(7, 19).

O profissional de enfermagem especializado em estomaterapia possui um papel de extrema importância no atendimento à pessoa estomizada, ainda assim conforme explicitado pela ABRASO, não há a exigência legal que o cuidado seja ministrado somente por estomaterapeutas. Espera-se que o paciente seja cuidado por enfermeiros que tenham experiência nesta área do conhecimento e expertise. Com isto o planejamento da assistência, a demarcação e todas as demais intervenções pretendem garantir as dimensões e demandas que as pessoas e suas famílias apresentarem⁽³⁾.

Antes do procedimento cirúrgico, a demarcação do local do estoma é um dos fatores importantes na prevenção de complicações tanto no estoma quanto na pele periestoma, pois um estoma planejado na parede abdominal facilita as atividades de autocuidado referentes à remoção e à colocação da bolsa, higiene do estoma e pele periestoma, bem como a manutenção do sistema coletor, contribuindo para prevenir complicações, possibilitar a reintegração social precoce do paciente. A

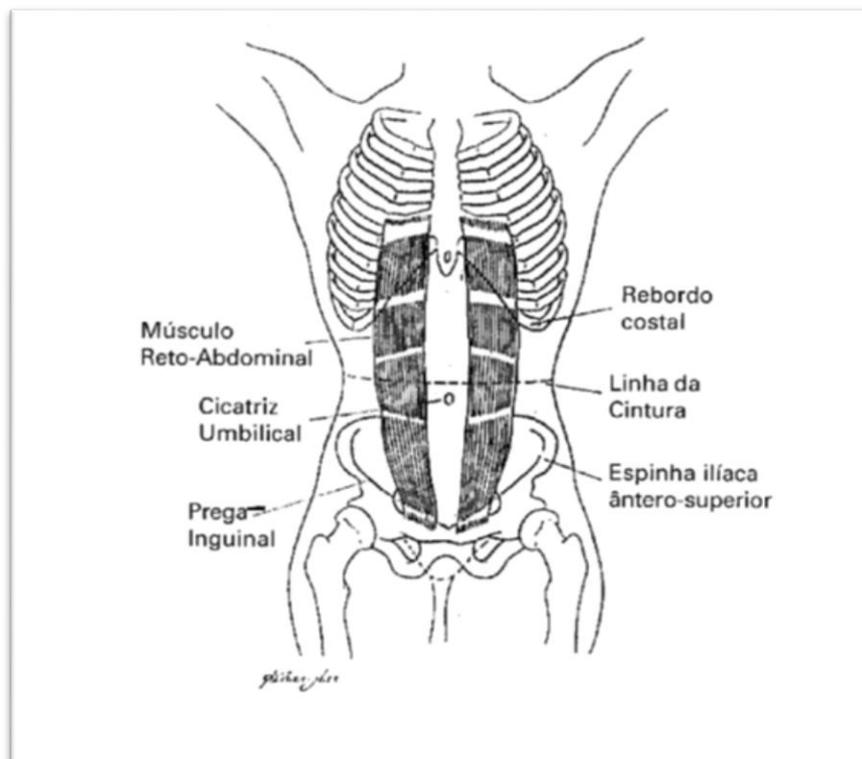
literatura demonstra estudos onde a localização inadequada do estoma é mais comum em cirurgias de urgência, denotando a importância do planejamento pré-operatório^(6,8,25,37).

Para a realização da demarcação o posicionamento do estoma deve ser realizado no músculo reto-abdominal, considerando a incisão cirúrgica, em geral, na linha média. A localização da demarcação habitualmente ocorre com cerca de cinco centímetros abaixo da cintura, distante de acidentes anatômicos como as proeminências ósseas, pregas cutâneas ou fístulas. O paciente será colocado nas posições deitado, sentado e em pé, se possível. Verifica-se que ele consiga visualizar com facilidade o local demarcado, pois isso ajudará na realização do autocuidado. Ao realizar a marca, com caneta cirúrgica específica, esta deve permanecer intacta até o momento da cirurgia e que seja resistente à antissepsia cirúrgica^(7, 19, 38).

É recomendado a realização de pelo menos duas marcações para a escolha que deve ser respeitado no período intraoperatório e, quando não for possível deve ser feita na área próxima do local anteriormente previsto⁽⁷⁾.

Pontos anatômicos deverão ser considerados, conjuntamente com os hábitos diários de vida. A figura abaixo tem a finalidade de apresentar os pontos que serão referências para o local da colocação cirúrgica.

Figura 1- Localizações da demarcação



Fonte: Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Rev. Brasileira de Cancerologia 53(4): 431-435, 2007.9⁽⁶⁾

MÉTODO PARA MARCAR O LOCAL DA INSERÇÃO DO ESTOMA

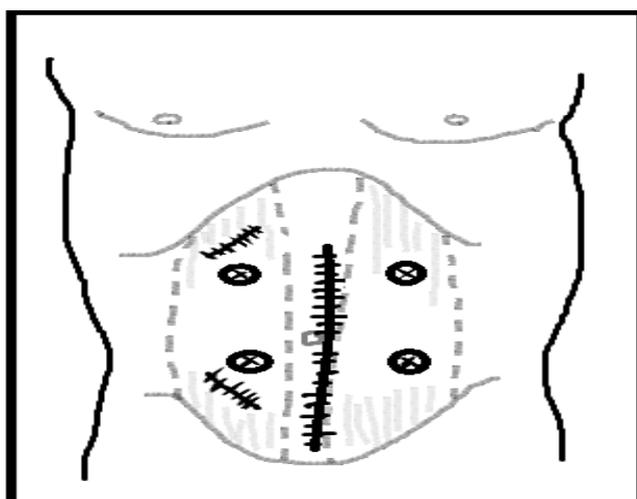
- Observar o tipo de estoma a ser confeccionado: isso possibilita saber o segmento do intestino a ser exteriorizado para determinar o quadrante abdominal onde será localizado o estoma;
- Identificar o local do músculo reto abdominal;
- Definir o local do estoma conforme as seguintes determinações: abaixo da margem costal; planejar o local da incisão; distanciar quando possível de antigas cicatrizes, pregas cutâneas, linha da cintura, crista ilíaca e cicatriz umbilical;
- Sinalizar de forma clara o local com uma caneta dermatográfica;
- Quando houver incerteza - marcar duas localizações;
- Pedir ao paciente que se sente, levante e deite para observar o local demarcado nas diferentes posições;
- Observar a margem de fixação dos dispositivos que deve ter uma área de

4cm² a 5cm² em relação ao local demarcado;

- Quando houver a necessidade de dois estomas (urostomia e colostomia, ou ileostomia), os mesmos não devem estar localizados no mesmo nível, devido ao possível uso da cinta;
- Dar atenção para atividades no trabalho, lazer e prática de esportes;
- Na ileostomia em alça ou terminal, a localização do estoma deve ser no quadrante inferior direito;
- Na colostomia de cólon descendente ou sigmóide, a localização do estoma deve ser no quadrante inferior esquerdo^(6, 37).

Na figura 2 demonstra-se o músculo reto abdominal, com referência essencial para localizar o estoma.

Figura 2- Músculo reto abdominal



Localização de estomas no músculo reto abdominal

Fonte: Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. Rev. Brasileira de Cancerologia 53(4): 431-435, 2007⁽⁶⁾.

1.4 CIRURGIA DE ESTOMA INTESTINAL

Como já mencionado anteriormente os estomas são descritos, segundo a localização anatômica onde será realizado.

Os principais tipos de estomas são os terminais, estoma de duas bocas e estomas em alça⁽³⁹⁾.

Estoma terminal

Um estoma terminal é realizado cirurgicamente dividindo-se o intestino e direcionando para fora a terminação proximal como um único estoma. A porção distal do trato gastrointestinal é retirado no ato cirúrgico ou o segmento distal é suturado em si próprio e deixado na cavidade abdominal com seu mesentério intacto. Depois é confeccionado uma colostomia ou ileostomia terminal. Quando o intestino distal é suturado e não removido, o procedimento é conhecido como bolsa de Hartmann. Quando o intestino distal é removido, o estoma é caracterizado como permanente. Se o intestino distal permanecer intacto e suturado, existirá possibilidades futuras de reconstrução do intestino e fechamento do estoma^(39, 40).

Estoma em alça

Um estoma em alça é confeccionado trazendo-se uma alça do intestino para a superfície abdominal e com abertura da parede anterior do intestino a fim de possibilitar o desvio do efluente. A alça intestinal costuma ser fixada no local com uma haste por 7 a 10 dias após a cirurgia com intenção de proteger a alça para que não retorne para a cavidade abdominal. Um estoma deste tipo geralmente é temporário^(39, 40).

Estoma de duas bocas

Quando o intestino é dividido ambas as extremidades proximal e distal são apresentadas através da parede abdominal como dois estomas distintos. A extremidade proximal é o estoma funcionante; o estoma distal é classificado como fístula mucosa. Geralmente, este tipo de estoma de duas bocas é temporário⁽³⁹⁾.

Bolsa de Kock

Esse tipo de cirurgia é para ileostomia continente. A bolsa funciona como um reservatório e é drenada em intervalos regulares pela inserção de cateter. Algumas intercorrências como falha na válvula e vazamento são problemas comuns com a bolsa de Kock, que ultimamente não tem sido muito realizada⁽³⁹⁾.

Reservatório ileoanal

Este procedimento envolve a colectomia total e a anastomose ileoanal com a formação de um reservatório no íleo⁽³⁹⁾.

A colectomia é o procedimento inicial para a construção do reservatório ileal, anastomose ileoanal e ileostomia temporária. A segunda cirurgia envolve o fechamento da ileostomia para direcionar o efluente para o novo reservatório⁽³⁹⁾.

A adaptação desse procedimento ocorre ao longo de 3 a 6 meses seguintes. O paciente será capaz de controlar as evacuações com esfíncter anal⁽³⁹⁾.

As indicações para este tipo de cirurgia envolvem a ausência de câncer colorretal, nenhuma doença do intestino delgado, esfíncter anorretal competente e estado físico adequado para cirurgias demoradas⁽³⁹⁾.

1.5 CIRURGIA PARA ESTOMA E DERIVAÇÃO URINÁRIA

Da mesma maneira que as estomias intestinais, as urnárias podem ser classificadas com temporárias ou definitivas. São nomeadas conforme a continência que apresentam e a localização, podendo ser classificadas em continentes e incontinentes; ortotópicas, quando apresenta a abertura na uretra; ou heterotópicas, quando o efluente não escoia através da uretra, mas sim por uma estomia cutânea⁽⁴¹⁾.

1.5.1 Condutos Intestinais Incontinentes

Jejuno

É o segmento intestinal utilizado quando o paciente é submetido previamente à radioterapia pélvica, com diagnóstico de enterites ou colites, ou quando há grande perda da extensão ureteral, não sendo possível a confecção de reimplante ureteral em segmentos intestinais localizados mais distantes⁽⁴¹⁾.

Íleo

Na década de 50 Bricker descreveu a técnica cirúrgica para derivações urinárias incontinentes heterotópicas com a utilização de segmento de alça intestinal do íleo. Na época atual, essa é a opção mais frequente para os pacientes cujo o reservatório continente não é indicado⁽⁴¹⁾.

O conduto ileal produz muco, tem taxas menores de tendência a estenose e absorve eletrólitos em menor quantidade que o jejuno, mas produz acidose metabólica hipernatrêmica. É a derivação urinária continente mais realizada com o trato intestinal⁽⁴¹⁾.

Colon

Os condutos colônicos viabilizam a confecção de boas válvulas antirefluxo e esporadicamente apresentam estenoses, pois sua irrigação sanguínea é abundante. Ademais, permitem maior mobilidade, com possibilidade de exteriorização tanto à direita quanto à esquerda do abdome⁽⁴¹⁾.

1.5.2 Derivações continentais

Os estomas continentais utilizados em crianças com maior frequência, podem ser realizados tanto no trato gastrointestinal como urinário e têm a finalidade, como descreve seu nome, de criar um estoma com mecanismo valvulado, que pode ser cateterizado para promover o esvaziamento⁽⁴¹⁾.

Essa forma de derivação urinária apresenta boa tolerância pelos pacientes, pois melhoram a imagem corporal e os efeitos psicológicos. O uso de dispositivos externos, como bolsa coletora ou cateter de demora não são necessários⁽⁴¹⁾.

Este tipo de derivação pode ser heterotópicas, por meio de estoma cutâneo cateterizável, ou ortotópicas, quando se abrem através da uretra⁽⁴¹⁾.

Ureterossigmoidostomia

Para este procedimento deve-se avaliar o paciente e dar atenção especial à função esfínteriana anal e a capacidade da ampola retal, pois a urina, misturando-se às fezes, irá aumentar o conteúdo da ampola retal e deixá-la mais líquida; estar atento também as condições do cólon e função hepática, em razão da absorção de amônia em maior quantidade⁽⁴¹⁾.

Este procedimento é indicado para pacientes que apresentam baixa expectativa de vida, pois oferece grande risco de desenvolver câncer⁽⁴¹⁾.

Reservatório de intestino delgado

O intestino delgado, principalmente a porção do íleo, apresenta uma opção muito boa para confecção de reservatório intestinais para a substituição ou ampliação vesical⁽⁴¹⁾.

Retira-se um segmento de 60 a 70 cm do íleo do trânsito intestinal, e com o mesmo, confecciona o reservatório de baixa pressão e com capacidade de armazenar volume⁽⁴¹⁾.

Reservatório colônico

O cólon, nas suas diversas porções, pode ser utilizado, porém a porção ascendente possibilita a confecção de reservatórios maiores. As desvantagens são a alta produção de muco e a absorção de amônia⁽⁴¹⁾.

Devido a boa musculatura na parede e alta vascularidade sanguínea, existem menores índices de estenoses e fístulas isquêmicas, além de proporcionar a confecção de boas válvulas antirrefluxo⁽⁴¹⁾.

Vesicostomia, Pielostomia e Ureterostomia

São situações utilizadas de forma temporária, mantidas até que as condições locais e sistêmicas permitam o tratamento definitivo⁽⁴¹⁾.

1.6 CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA NORMAL

Os profissionais de saúde, o paciente e os familiares precisam ter ciência e saber reconhecer as características de um estoma normal. Esta diferenciação será essencial para a avaliação das complicações⁽¹⁹⁾.

Após a cirurgia o estoma deve apresentar-se funcional, este processo vai depender do tipo de estoma. Na ileostomia a drenagem deve começar a cerca de 24 a 48 horas pós cirurgia; a colostomia começa a funcionar geralmente após 3 a 6 dias e as urostomias habitualmente já devem estar funcionantes logo após o procedimento cirúrgico^(19, 37).

O estoma deve ser rosado a vermelho vivo, úmido e brilhoso. Ter protrusão suficiente para a saída do efluente com segurança. Apresentar-se insensível a dor, pois não apresenta terminações nervosas. É ricamente vascularizado, por este motivo pode ocorrer sangramento quando for manuseado bruscamente^(19, 37).

Na figura 3 demonstra-se as características de um estoma normal.

Figura-3 Estoma normal



Fonte: Arquivo pessoal da autora. NAO - NÚCLEO DE ATENDIMENTO AO OSTOMIZADO, BOTUCATU-SP

1.7 PELE PERIESTOMA

A região de pele periestoma é determinada em 20 cm² em volta do estoma. Nessa região deve-se avaliar integridade, que consiste em aspectos estruturais e funcionais normais da pele (coloração, textura, turgor, umidades) e a presença de dermatites, que são reações inflamatórias de epiderme, havendo possibilidades de perda da integridade⁽³⁷⁾.

Os equipamentos coletores para estomias intestinais e urinárias são necessários para o armazenamento de efluentes e gases. Sua adequação é de extrema importância para o processo de reabilitação⁽³⁷⁾.

Esses equipamentos são formados pela bolsa e pela placa adesiva, também chamadas de base, para fixação na pele perístoma. Há uma grande diversidade no mercado de equipamentos descartáveis, em bolsas únicas (uma peça) ou composta (sistema duas peças), tendo opções de plástico transparente ou opaca, com dimensões para utilização em pacientes adultos, pediátricos e neonatos; em apresentação fechada e drenável⁽³⁷⁾.

O enfermeiro deve conhecer todos os equipamentos disponíveis no mercado

nacional e internacional e suas respectivas variedades para prescrições assertivas a seus pacientes⁽³⁷⁾.

Os equipamentos adjuvantes, como o cinto elástico ajustável, placa de convexidade, a pasta, e o pó complementarão a assistência, garantindo maior segurança e proteção de pele⁽³⁷⁾.

1.8 COMPLICAÇÕES EM ESTOMAS

Pode-se dizer que é difícil estimar a incidência de complicações relacionadas à estomas, embora a literatura afirme que considerável porcentagem de pessoas que possuem estomas já presenciaram ou irão presenciar algum tipo de complicação, seja ela precoce ou tardia⁽⁴²⁾.

Mesmo com os avanços das técnicas cirúrgicas, a confecção do estoma deve ser realizada por um especialista com experiência cirúrgica nesta área, levando em consideração que não é apenas confeccionar o estoma, mas também planejar formas que previnam o surgimento de complicações⁽²⁵⁾.

Há três fatores importantes citados nos estudos, que possibilitam complicações em uma cirurgia para a realização do estoma. Uma delas é a falta de experiência da equipe cirúrgica, sendo os realizadores do procedimento os cirurgiões gerais. A segunda possibilidade são as cirurgias realizadas por médicos residentes sem a devida supervisão. E por fim, a realização do procedimento cirúrgico de emergência, onde há critérios para a preservação da vida do paciente, como um abdome agudo perfurativo ou obstrutivo⁽²⁵⁾.

Além da falta de experiência dos cirurgiões, podem-se ter as complicações pela falta da demarcação. O posicionamento correto na parede abdominal será imprescindível para a maturação do estoma. Problemas relacionados aos dispositivos, como o posicionamento incorreto e falhas na técnica na realização do estoma, serão consequência de um estoma inadequadamente localizado na parede abdominal^(20, 25).

Menciona-se também que vários estudos abordam como fatores de risco para complicações do estoma e peristoma, embora possa variar as morbidades como a obesidade, doenças inflamatórias do intestino, e as cirurgias de emergência, como já mencionado anteriormente^(42, 43, 44).

Na realidade, a maioria das complicações pode ser evitada, desde que haja um planejamento na realização do estoma, levando em consideração os princípios básicos fisiológicos, anatômicos e as atividades de vida diários da pessoa⁽²⁵⁾.

No período trans-operatório existem fatores que podem contribuir para a ocorrência de complicações mediatas, assim como a má localização do estoma que acarretará dores, inadequação do sistema coletor, irritação na pele periestoma e desconforto psicológico; agressões cirúrgicas que podem gerar desequilíbrio hidroeletrólíticos e uma resposta inflamatória sistêmica que poderá evoluir para uma insuficiência multiorgânica; e outros fatores como hipertensão intra-abdominal, dependência de esteróides e a desnutrição⁽²⁰⁾.

No pós-operatório mediato é considerado muito importante examinar com frequência o abdome do paciente, auscultando os sons intestinais e observar a circunferência abdominal, para sinais de obstrução intestinal. Assim como os sinais vitais, que podem identificar algum processo infeccioso intra-abdominal, hemorragia e sinais de choque. E nos casos de urostomias deve se observar o volume urinário, evitando desidratação, obstrução no conduto e extravasamento⁽¹⁹⁾.

As complicações são classificadas como precoces e tardias e podem estar relacionadas ao fechamento/reversão do estoma. Sendo as principais complicações precoces encontradas, as isquemias ou necrose de alça exteriorizada que ocorre dentro de 24 horas do pós-operatório, o edema que geralmente desaparece com duas a três semanas, o sangramento/hemorragia, retração, infecção/abscesso que geralmente ocorre na primeira semana da cirurgia e dermatite periestoma. As complicações tardias de estoma mais citadas refere-se as estenose e obstrução, prolapso, hérnia paraestomal e fístulas^(20, 26, 45).

No quadro 1 apresenta-se as características relativas à estoma e possíveis descrições ou causas.

Quadro 1 Características do estoma.

| Características | Descrição ou causa |
|--|---|
| COR | |
| Rosa a vermelho Descorado Esbranquiçado, de vermelho escuro a roxo | <ul style="list-style-type: none"> • Mucosa do estoma normal • Pode ser sinal de anemia • Apresenta irrigação sanguínea inadequada para o estoma ou intestino. |
| EDEMA | |
| Edema de leve a moderado Edema de moderado a grave | <ul style="list-style-type: none"> • Normal no período pós-operatório • Trauma no estoma • Pode indicar obstrução do estoma • Reação alérgica de alimentos • Gastroenterite |
| SANGRAMENTO | |
| Pequeno volume Volume de moderado a grave | <ul style="list-style-type: none"> • O sangramento da mucosa do estoma pode ocorrer na manipulação do mesmo, por ser uma região de alta vascularidade. • O sangramento moderado a grande da mucosa pode apresentar como deficiência do fator de coagulação; varizes estomais secundárias à hipertensão. • O sangramento moderado a grande na abertura do estoma intestinal pode indicar sangramento gastrointestinal inferior. |

Fonte: Livro Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2014⁽⁴²⁾.

Conforme a classificação de complicações em precoces, tardias e cutâneas, passa-se a descrever as complicações precoces.

1.8.1 Complicações precoces

As complicações de caráter precoce ocorrem entre o primeiro e o sétimo dia de pós-operatório⁽¹⁶⁾, as mais relevantes são:

- **Hemorragia do estoma**

Hemorragia do local do estoma durante o período pós-operatório imediato é causada por hemostasia inadequada durante a construção do estoma. O

sangramento se origina a partir de pequenos vasos da mucosa, podendo ser do mesentério ou do local de saída do estoma na parede abdominal^(16, 46, 47).

A hipertensão portal é uma outra causa de hemorragia estoma. Hipertensão portal ocorre quando há danos no fígado e elimina ou restringe muitos dos seus canais vasculares, resultando em obstrução do sangue venoso na drenagem a partir do intestino para o fígado pela da veia porta. A hipertensão portal pode ser causada por cirrose ou colangite esclerosante; por vezes está associada com doença inflamatória intestinal ou doenças malignas envolvendo o fígado^(16, 46).

Sangramento do estoma acontece devido a pressão causada sobre o estoma ou pela realização da incisão cirúrgica muito próxima. Ele também pode ocorrer devido à irritação do estoma na colocação da bolsa coletora de forma indevida tocando o estoma e com a limpeza excessiva durante a troca da bolsa⁽⁴⁸⁾.

Algumas enfermidades recorrentes da doença inflamatória do intestino como pioderma gangrenoso, pólipos, divertículos ou malignidade podem causar hemorragia do estoma, bem como medicamentos ou terapias⁽⁴⁷⁾.

- **Edema**

Apresenta-se como uma inflamação e aumento de água intersticial da mucosa intestinal, devido a mobilização e manipulação do próprio procedimento cirúrgico. Embora este edema possa durar uma ou duas semanas e na maioria das vezes desaparece espontaneamente, controlar e evitar que se torne crônico faz-se necessário, uma vez que podem ocluir o intestino e comprometer a funcionalidade do estoma, o que implicaria uma nova cirurgia⁽⁴²⁾.

A figura 4 ilustra um estoma edemaciado.

Figura 4 – Edema de estoma



Fonte: Barr JE. (2004). Assessment and management of stomal complications. A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*. Vol.50 (9). pg. 50-67. ⁽⁴⁹⁾

• **Necrose e Isquemia**

A isquemia e a necrose são diagnosticadas quando existe a alteração da cor do estoma, resultante da má circulação sanguínea no local. Apresentando coloração pálida, evoluindo para tons escurecidos. A necrose é resultado da evolução do processo de isquemia⁽⁴⁷⁾.

A necrose origina-se da morte do tecido que contem irrigação sanguínea, ou seja, quando o fluxo sanguíneo cessa ou é interrompido na alça intestinal estomizada^(26, 42).

Sinais e sintomas

A necrose do estoma apresenta-se na cor escurecida, de marrom a preto com aspecto macio e flácido à palpação. Pode ocorrer dentro de vinte e quatro horas após a cirurgia^(20, 42).

Fatores de risco

A isquemia geralmente é causada por tensão mesentérica, por trauma na confecção do estoma ou por pressão sobre a extremidade do intestino⁽⁴²⁾.

Tratamento

Avaliar regularmente o estoma através da bolsa transparente para monitorar a evolução, bem como registrar a forma que se encontra e se preciso anunciar o encaminhamento para a equipe cirúrgica⁽⁴²⁾.

Deve-se medir o estoma antes de colocar a bolsa, para evitar mais

comprometimento vascular. Assegure-se de que exista um pequeno espaço entre a bolsa e as bordas do estoma, no máximo de 2mm para proteger a pele^(20, 48).

Na figura 5 ilustra um estoma necrosado.

Figura 5 - Estoma com necrose



Fonte: Barr JE. (2004). Assessment and management of stomal complications. A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*. Vol.50 (9). Pp. 50-67⁽⁴⁹⁾.

- **Separação mucocutânea**

Uma separação mucocutânea ocorre quando um estoma separa completamente ou parcialmente da pele. Desprende-se da sutura que fixa o estoma à pele⁽⁴⁸⁾.

A separação mucocutânea é uma complicação pouco comum e ocorre com mais frequência em estomas terminais⁽⁴⁷⁾.

É importante na avaliação desse estoma observar a variável do deslocamento entre a pele e o estoma⁽⁴²⁾.

Fatores de risco

Os principais fatores que propiciam a separação mucocutânea estão relacionadas à tratamento com corticosteróides, diabetes, desnutrição, infecção e necrose do estoma⁽⁴²⁾.

Diagnóstico

O diagnóstico é baseado no exame clínico na observação da separação. A separação é suavemente sondada para determinar o grau de profundidade e separação da circunferência para avaliação do progresso do tratamento. A

separação quando for muito extensa é necessário avaliar o tipo de tecido que se encontra nesta região (tecido necrótico ou granular) e também se há drenagem de secreção, pois isso pode indicar a presença de uma fístula⁽⁴²⁾.

Tratamento

São realizadas algumas técnicas para corrigir o estoma. No local da separação da mucosa é preenchido com um material absorvente que realiza a drenagem e impede que sujidade excessiva de fezes ou urina entrem em contato. Esses materiais absorventes incluem o pó de barreira da pele, hidrofibra, e alginato de cálcio. A barreira da pele do equipamento coletor é montado sobre a área para fornecer proteção contra o efluente. Se o tecido necrótico é presente na separação mucocutânea, a troca da bolsa pode ser frequentemente necessário devido a drenagem excessiva⁽⁴²⁾.

A figura 6 demonstra um estoma com separação mucocutânea.

Figura 6 - Separação Mucocutânea



Fonte: Connel-Gifford EO. Assessoramento para o ajuste perfeito das bolsas de ostomia através do uso de barreiras de proteção da pele e pasta ADAPT. Hollister, 2008 [internet]. São Paulo:[acesso em 28,setembro de 2016]⁽⁵⁰⁾.

1.8.2 Complicações tardias

As complicações tardias são assim classificadas, pois se manifestam após a alta hospitalar e não existe um período determinado para esta classificação⁽¹⁶⁾. As complicações tardias mais apresentadas são:

- **Retração**

Retração do estoma é geralmente uma complicação pós-cirúrgica imediata resultante da tensão no intestino, embora seja possível que ocorra em um período tardio em pacientes desnutridos, imunodeprimidos, obesos que manifestem dificuldade na cicatrização de feridas. É também caracterizado como afundamento e pode ser parcial ou total⁽⁴⁷⁾.

A retração ocorre quando um estoma encontra-se abaixo do nível da pele. A retração pode envolver um estoma inteiro, ou pode ser limitada à junção mucocutânea⁽³⁰⁾.

São mais comuns em pacientes com ileostomias ou com a doença de Crohn, possivelmente devido ao mesentério curto e duro que tem se apresentado mais grosso por edema⁽³⁰⁾.

Estomizados com complicações de isquemia são grandes candidatos a presenciarem mais esta complicação em um período de longo prazo⁽³⁰⁾.

Este tipo de complicação ocorre mais em cirurgias de colostomia esquerda devido a extensão do intestino, a presença anatômica do baço e da artéria mesentérica, os cirurgiões orientam garantir um comprimento suficiente na construção adequada da colostomia para que não ocorra retração⁽³⁰⁾.

Tratamento

A princípio o uso de dispositivo convexo e o cinto, pode resultar na melhora. No entanto, o tratamento cirúrgico é o mais adequado, podendo ser a revisão do estoma realizada por laparotomia, em alguns casos⁽³⁰⁾.

A figura 7 exemplifica um estoma retraído.

Figura 7- Retração do estoma



Fonte: Coloplast. Complicações com um estoma [Internet] Coloplast do Brasil - São Paulo/SP-Brasil.⁽⁵¹⁾

- **Hérnia paraestomal**

É uma protuberância na pele ao redor do estoma, indicando que uma ou mais alças intestinais passaram pela área dissecada de fáscia muscular⁽⁵²⁾. É um tipo de hérnia incisional que se apresenta no local de exteriorização do estoma^(53, 54).

Segundo a literatura existe uma prevalência de hérnia paraestomal localizada lateralmente ao músculo reto abdominal, como se vê nas colostomias ilíacas⁽⁵³⁾.

Sinais e sintomas

Os principais sintomas de uma hérnia paraestomal são: dor, sangramento, obstrução, volumosa massa na região abdominal, aparência estética diferente, dificuldade para fixação das bolsas coletoras, vazamentos e dermatites irritativas da pele perístoma⁽⁵³⁾.

Fatores de risco

Existem poucas evidências científicas que comprovem os fatores de risco para hérnia paraestomal, alguns mencionados relacionam-se ao excesso de esforço físico com força intra-abdominal, obesidade, sedentarismo, desnutrição, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, ascite, uso crônico de corticosteróides, idade avançada e ganho de peso após a realização do estoma.

Também o tempo de estomização é um fator para o surgimento da hérnia paraestomal^(30, 53).

Diagnóstico

Hérnias paraestomais são detectadas clinicamente pelo exame físico. Uma análise adequada deve incluir a avaliação do paciente em posição ereta e supina sem a presença da bolsa coletora, para que a abertura do estoma possa ser palpada. A manobra de Valsalva aumenta a detecção de hérnias. A tomografia computadorizada também pode ser utilizada para diagnosticar hérnias paraestomais e é especialmente útil para pacientes obesos⁽³⁰⁾.

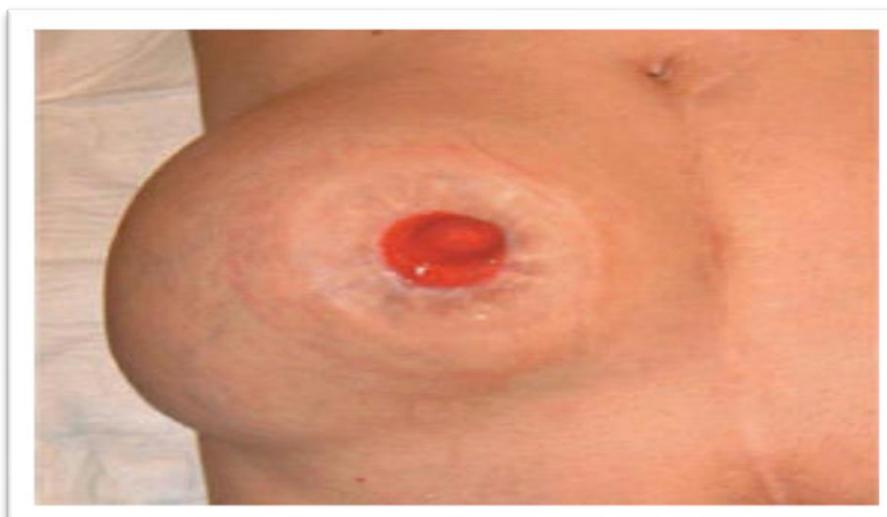
Tratamento

Existem opções não-cirúrgicas para o tratamento de hérnias paraestomais, ainda que não sejam definitivos, porém esta terapêutica irá depender do estado em que a hérnia se encontra. É possível utilizar cintos de apoio abdominais, e orientar o paciente em relação à prevenção da educação postural, do trabalho pesado e carregamento de peso, outras dificuldades também podem ser corrigidas com o uso de aparelhos de estoma flexíveis com tamanho adequado de aberturas e com a aplicação de protetores da pele⁽³⁰⁾.

Outros tratamentos para hérnia paraestomal são realizados pelas cirurgias, como a colocação de uma malha, ou tela na parede abdominal⁽³⁰⁾.

Na figura 8 observa-se a presença de hérnia paraestomal.

Figura 8 – Hérnia paraestomal



Fonte: Gracia AN, Lorente JAG, Morales LE, Sánchez CD, Cortadellas AR, Sánchez BMI. et al . Análisis de las complicaciones médico-quirúrgicas en las ileostomías cutáneas. Actas Urol Esp 2004 28(6):437-442⁽⁵⁵⁾.

- **Prolapso**

Um prolapso ocorre quando um comprimento de espessura total do intestino projeta-se pelo estoma. Consiste na condição em que a espessura total do intestino fica saliente pela abertura do estoma. Apresenta-se como resultados em grande parte de redundância intestinal e falta de fixação, ao passo que herniação parastomal ocorre quando o tamanho da abertura muscular é excessiva^(30, 42).

Sinais e sintomas

O prolapso do estoma pode apresentar dor, abaulamento, dificuldade ao ato de encaixar a bolsa e assim apresentar possível irritação da pele⁽³⁰⁾.

Fatores de risco

A idade avançada do paciente, a obesidade, obstrução intestinal no momento da confecção do estoma e falta da demarcação no período pré-operatório. O prolapso frequentemente coexiste com a hérnia paraestomal⁽³⁰⁾.

Diagnóstico

O diagnóstico é realizado pelo exame físico. Sendo caracterizado pela protrusão intermitente do intestino pelo orifício de estoma, geralmente devido a um aumento da pressão intra-abdominal⁽³⁰⁾.

Tratamento

As opções de tratamento para prolapso são cirúrgicas, incluindo ressecção do segmento prolapso, conversão do estoma, a restauração da continuidade gastrointestinal no caso de estomas temporários e estoma definitivos⁽³⁰⁾.

Na figura 9 é ilustrada a presença de um prolapso de estoma.

Figura 9 – Prolapso de Estoma



Fonte: Barr JE. (2004). Assessment and management of stomal complications. : A framework for clinical decision making. Ostomy Wound Management. Vol.50 (9). Pp. 50-67⁽⁴⁹⁾.

- **Estenose**

É um estreitamento da abertura de estoma que pode ocorrer na pele ou nível fascial. É considerado uma complicação precoce, mas também pode ser uma complicação tardia de estoma⁽³⁰⁾.

Pode proporcionar uma obstrução mecânica, apresentando ruídos na função intestinal, conhecidos como flatos, e também períodos de baixo débito⁽³⁰⁾.

Sinais e sintomas

Geralmente a estenose é advinda de uma isquemia ou infecção. Pode ser causada também na cirurgia por erro da técnica, devido a pressão sobre a pele ou a fáscia no ato cirúrgico. Neste caso a estenose ocorre no pós-operatório imediato⁽³⁰⁾.

A Isquemia apresenta-se como o fator mais comum em estenose, geralmente torna estenose uma complicação tardia⁽³⁰⁾.

Fatores de risco

Estenose do estoma é mais frequentemente em pacientes com doença de Crohn, por causa da dificuldade de comprimento do mesentério. Pacientes com doenças inflamatórias do intestino, história familiar de síndrome polipose e também pessoas com estoma permanente há vários anos⁽³⁰⁾.

Tratamento

O tratamento inicial é geralmente na forma de dilatação. Infelizmente, o trauma do tecido durante a dilatação mecânica muitas vezes promove ainda mais a fibrose. O tratamento definitivo frequentemente requer revisão do estoma se a estenose é no nível da pele, ou por laparotomia caso seja mais profunda⁽³⁰⁾.

A figura 10 se demonstra a estenose de estoma.

Figura 10 – Estenose de estoma



Fonte: <http://www.coloplast.com.br/estomia/profissional/cirurgia-de-estoma/>⁽⁵¹⁾

1.8.3 Complicações Cutâneas

As complicações cutâneas são caracterizadas por lesões agudas ou crônicas, primárias ou secundárias com perda da integridade da pele periestoma⁽⁵⁶⁾. As complicações cutâneas mais frequentes são :

- **Irritação da pele**

A irritação da pele periestomal é uma das complicações mais comuns no paciente estomizado. A literatura mostra que a incidência de irritação da pele periestomal varia de 3% a 42%, e o grau de irritação varia desde a dermatite leve a necrose da pele de espessura total e ulceração⁽³⁰⁾.

Causa e tratamento

A possível causa da irritação da pele é o uso inadequado da bolsa coletora, a realização de técnica errada na colocação da bolsa, ou seja, exposição da pele em contato com as eliminações. A troca da bolsa pode ser de 3 a 7 dias, mas para evitar a ruptura da pele o melhor critério é a observação da saturação da placa e o descolamento. Os pacientes com ileostomia e urostomia são mais propensos a terem esta complicação, pois as eliminações são mais líquidas e ácidas⁽³⁰⁾.

As irritações de pele podem ser do tipo *Candida Albicans*. Causada pelo trauma mecânico junto ao local úmido e quente, ideal para uma infecção por fungo.

A aparência é de erupção de pele e as bordas apresentam pápulas. A aplicação de cremes esteroides, na maioria das vezes, é o tratamento suficiente⁽³⁰⁾.

Outro tipo de irritação de pele é a dermatite de contato secundária, e apresenta-se como uma reação alérgica a partir de qualquer produto, sendo que não é incomum produtos específicos do estoma apresentarem reações alérgicas. Os sintomas podem variar de leve eritema e coceira à ruptura da pele, bolhas, ardor e dor. A característica principal da dermatite alérgica é a presença de uma irritação, o qual combina perfeitamente com a forma e o tamanho da peça que se adere a pele. Dada a variedade de produtos utilizados pelo estomizado, deve haver um método sistemático de remoção para tentar identificar o agente causador da alergia. Uma vez que o alergênico é identificado é evitada e o paciente pode desfrutar do alívio. Ressalta-se que a prescrição deve ser de esteróides e anti-histamínicos orais e não locais para permitir que a bolsa seja aderida e não se perpetue o processo de contato. Portanto, como tratamento local deve-se retirar o contato e usar o (CMC) Carboximetilcelulose, que é pó protetor periestoma capaz de diminuir a umidade do local e ainda assim, aderir a bolsa^(16,30).

Na figura 11 apresenta uma dermatite de contato na pele periestoma.

Figura 11 – Dermatite de contato



Fonte: Crohonista. [internet] São Paulo. Acesso em 7 de jun 2016. Disponível em: http://crohnistas.blogspot.com.br/2009_06_01_archive.html⁽⁵⁷⁾.

Pioderma Gangrenoso

Pioderma Gangrenoso ou Ulceração cutânea também é um tipo de irritação de pele e está relacionada à doença de Crohn. Este tipo de dermatite é raro e surge espontaneamente. Trata-se de uma doença inflamatória ulcerativa que começa com pequenas pústulas ou pápulas eritematosas e rapidamente se funde, resultando em ulceração superficial, com endurecimento ao redor do estoma. O diagnóstico é realizado pelas características clínicas, já que a cultura não detecta nenhum patógeno, porém o resultado da biópsia apresenta uma reação inflamatória não específica⁽³⁰⁾.

O tratamento consiste em corticoides sistêmicos, o tratamento local das lesões, mas a possibilidade de fechamento do estoma é o melhor tratamento⁽³⁰⁾.

Na figura 12 observamos a presença de Pioderma Gangrenoso em região periestoma.

Figura 12- Pioderma Gangrenoso



Fonte: Medscape. Pyoderma Gangrenosum Clinical Presentation [Internet]. U.S Copyright © 1994-2016 by WebMD LLC. Acesso em: 07 out 2016. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1123821-clinical#b3> ⁽⁵⁸⁾

- **Laceração ou trauma**

A laceração estomal é um corte ou lesão formada devido ao atrito na técnica de colocação do aparelho coletor ou bolsa⁽⁵²⁾.

Sinais e sintomas

Geralmente há dor associada com uma laceração e pode apresentar ou não sangramento⁽⁵²⁾.

Fatores de risco

A laceração também pode se desenvolver devido a outros tipos de traumas, como por exemplo, um acidente de carro e/ou uma depilação realizada com objetos cortantes. Outros fatores de risco para laceração são hérnia paraestomal e prolapso devido a dificuldade de aderência da bolsa de estoma⁽⁵²⁾.

Tratamento

Eliminar os fatores que causam a laceração, redimensionar a peça protetora de pele do sistema da bolsa coletora, vestir roupas mais largas que não prejudiquem o estoma e no caso de sangramento utilizar medidas de hemostasia para controlar o mesmo⁽⁵²⁾.

• Fístula

A fístula é uma comunicação incomum entre o estoma e proximidades. Apresenta-se como uma fissura na pele periestomal com a exposição do lúmen intestinal⁽³⁰⁾.

A fístula pode ser completa, com drenagem de 100% do efluente; ou parcial, na qual uma menor percentagem do efluente é proveniente da fístula e o restante a partir do lúmen do estoma⁽³⁰⁾.

O paciente pode notar inicialmente a dificuldade em manter a aderência da bolsa à pele devido a presença de uma fístula, consecutivamente, o paciente nota que as eliminações são excretadas pelo local diferente do lúmen do estoma⁽³⁰⁾.

Sinais e Sintomas

Uma fístula na região do intestino para a pele periestomal pode ocasionar a sensação de dor com queimadura, enquanto que uma fístula gerada no próprio estoma será geralmente indolor. Outro sinal é desconforto no local da aderência da bolsa, não fixação e irritação da pele desprotegida⁽³⁰⁾.

Fatores de risco

Os fatores de risco estão associados à Doença de Crohn e trauma mecânico. Este tipo de complicação também pode ocorrer devido a técnica cirurgica incorreta, cuidados pós-operatórios inadequados e no reaparecimento da doença^(7, 30).

Diagnóstico

O diagnóstico é realizado pela inserção de drenos nos locais onde há efluentes que não seja o lúmen do estoma. Há estudos clínicos que orientam exames com a colocação do contraste convencional ou tomografia computadorizada com contraste oral, para visualizar a fístula⁽³⁰⁾.

Tratamento

Algumas fístulas superficiais podem se curar espontaneamente, porém a maioria das fístulas requer reconstrução do estoma. Antes do processo cirúrgico para a reconstrução, existe um sistema de bolsa que pode acomodar tanto a fístula na pele e o estoma. No caso de uma fístula no lado do estoma, a utilização de um sistema de bolsa convexa pode proporcionar uma vedação apropriada⁽³⁰⁾.

Na figura 13 se ilustra a presença de uma fístula em região periestoma.

Figura 13- Fístula



Fonte: Barr JE. (2004). Assessment and management of stomal complications. : A framework for clinical decision making. Ostomy Wound Management. Vol.50 (9). Pp. 50-67⁽⁴⁹⁾.

1.8.4 Outras complicações em estoma e periestoma

Outros tipos de complicações são apresentadas na literatura, porém com menos frequência:

- **Varizes periestoma**

É a presença de veias dilatadas e tortuosas, de cor púrpura-azulada no estoma e pele periestoma, que podem causar sangramento. Esta complicação também é chamada de “cabeça de medusa”. Podem ocorrer em pessoas estomizadas com problemas hepáticos como hipertensão portal, ou outro tipo que interfira no fluxo de sangue para o sistema porta, o que faz aumentar a pressão venosa do mesentério. Desta forma, as veias se dilatam e formam canais de comunicação com as veias da parede abdominal, que se direcionam para região umbilical ou estoma, formando varizes^(59,60).

Para à assistência a pacientes com varizes deve-se atentar para o risco de sangramento do estoma ou pele periestoma⁽⁵⁹⁾.

- **Lesões pseudoverrucosas**

É a presença de lesões com aparência de pápulas ou nódulos, cor cinza a vermelha e marron com altura de 2 a 10mm, que apresenta-se na pele periestoma e na borda mucocutânea. São lesões que causam dores e possíveis sangramentos quando tocadas^(59, 60).

O fator de risco desta complicação é a exposição crônica da pele à ações do efluente^(59, 60).

Para prevenir esta complicação, observar à técnica cirúrgica é um fator importante, assim como a escolha do dispositivo adequado para o tipo de estoma^(59, 60).

- **Granulomas**

São pequenas massas ou nódulos de tecido inflamado não neoplásicas em volta do estoma. Podem surgir devido à falha na absorção do material de sutura ou fricção da mucosa com a borda do dispositivo. Podem ser dolorosas e sangram facilmente⁽⁵⁹⁾.

Na avaliação feita pelo enfermeiro deve-se observar os pontos de sutura, removê-los e ajustar o dispositivo, para que não haja fricção com a mucosa. Se o sangramento apresentar-se constante, poderá utilizar nitrato de prata⁽⁵⁹⁾.

- **Tumor Cutâneo**

O aparecimento de neoplasias malignas na região periestoma é uma situação pouco comum e pode estar relacionada ao implante de células tumorais no momento da ressecção do seguimento da alça, no período cirúrgico⁽⁵⁹⁾.

A conduta terapêutica consiste em ressecar o tumor, pela excisão da pele da parede abdominal e reposicionar o estoma⁽⁵⁹⁾.

1.8.5 Complicações psicossociais

Diferente de outros procedimentos cirúrgicos, a realização de um estoma definitivo requer acompanhamento psicológico no decorrer da vida. Além das complicações que podem ocorrer com o estoma e pele periestoma, existem outros fatores que envolvem a integralidade do paciente, como os seus sentimentos em relação a esta nova forma de viver, que se pode classificar como síndrome pós estomias⁽⁶¹⁾.

Há estudos que demonstram os limites das pessoas estomizadas no que se refere a sua objetividade. Eles descrevem os sentimentos vivenciados pelos pacientes no processo de adaptação ao novo estilo de vida⁽⁶²⁾.

Esta síndrome, embora pouco descrita, é conceituada em seu preponderante aspecto emocional, é causada basicamente pela perda do ânus e pode se manifestar pelos seguintes fatores:

- Perda de um órgão altamente valorizado;
- Distorção súbita da imagem corporal;
- Sensação de mutilação;
- Consciência exagerada do próprio corpo;
- Violação involuntária das regras de higiene;
- Dificuldade de socialização;
- Aumento das necessidades afetivas;
- Impotência sexual e
- Atrito familiar.

Os problemas para as pessoas estomizadas, resultantes das vivências com as complicações relativas aos estomas urinários e intestinais são constatados na literatura de forma recorrente, bem como as difíceis consequências que comprometem o autocuidado e a de qualidade de vida destas pessoas. Mas embora esta importante temática seja investigada, não foi possível encontrar na literatura nacional e internacional um estudo que sintetize e apresente o estado da

arte. Assim, optou-se pela abordagem metodológica da revisão integrativa, que proporciona como resultado o que foi produzido, as lacunas e as perspectivas para novos estudos.

Perante o que foi apresentado na descrição ampla sobre as complicações, e a justificativa em se conhecer o estado da arte na temática, é que se propõe a questão do estudo.

As complicações relacionadas aos estomas são problemas frequentes e afetam a qualidade de vida, por este motivo questionou-se: qual é o conhecimento já produzido sobre complicações em pacientes estomizados, com derivações de eliminações intestinais e urinários, nos últimos dez anos?

Passa-se a apresentar os objetivos do estudo.

2 OBJETIVO

Sintetizar o conhecimento produzido e publicado na literatura nacional e internacional sobre complicações em estomas intestinais e urinários.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os artigos nacionais e internacionais, teses, dissertações e livros nacionais sobre as complicações em estomas intestinais e urinários;
- Identificar o delineamento dos estudos realizados;
- Categorizar e analisar as temáticas estudadas e as intervenções propostas pelos autores dos estudos;

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste século a prática clínica e a educação profissional têm requerido evidências científicas para a tomada de decisão e condutas pelos profissionais de saúde⁽⁶³⁾.

Em benefício do aumento contínuo e da complexidade de informações na área da saúde tornou-se necessário o desenvolvimento de artifícios no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de demarcar etapas metodológicas mais concisas e de oferecer, aos profissionais, melhor utilização das evidências encontradas em inúmeros estudos⁽⁶⁴⁾.

Desde a década de 80 a revisão integrativa é relatada na literatura como importante método de pesquisa⁽⁶⁵⁾.

A revisão integrativa da literatura é considerada um dos métodos de pesquisa utilizadas na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a implementação das evidências na atuação do profissional. Esse método tem a finalidade de congrega e resumir resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou assunto, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado⁽⁶⁵⁾.

A revisão integrativa serve como um catalisador para novas pesquisas sobre uma temática, pois por meio de várias fontes existe a vasta capacidade de gerar e direcionar novas ideias em qualquer área do conhecimento^(66, 67).

A PBE originou-se do trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane (1970) no Reino Unido, depois de constatar que as evidências desenvolvidas por pesquisadores em todo o mundo não chegavam aos profissionais e pacientes de modo atualizado e confiável. Esse método de pesquisa foi desenvolvido, então, com o intuito de preencher lacunas encontradas na pesquisa e prática, e ser um meio para tornar as inovações confiáveis no serviço de saúde, na qualidade do atendimento, na diminuição de custos e auxílio na tomada de decisões relacionadas a saúde^(67, 68, 69).

Esta pesquisa descreve-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino alicerçado no conhecimento e na qualidade da evidência. Engloba, a definição do problema clínico, o reconhecimento das informações, a condução da busca de estudos na literatura e sua observação crítica, a identificação da

aplicabilidade dos dados advindos das publicações e a determinação de sua aplicabilidade para o paciente⁽⁶⁴⁾.

A Prática Baseada em Evidências, também é considerada como um método facilitador da tomada de decisão e pode ser definido como um processo de busca, avaliação e aplicação de evidências científicas para tratamento e gerenciamento na prática da assistência em saúde^(63, 70).

As primeiras menções sobre Medicina Baseada em Evidência (MBE) surgiram no Canadá, na década de 80, pelos pesquisadores da Universidade McMaster como um novo estilo metodológico. Mas foi na Europa, especificamente no Reino Unido, que se observou grande ênfase, pois o sistema público de saúde aderiu a MBE como uma prática⁽⁶⁸⁾.

A prática baseada em evidência em enfermagem, assim como para outra profissão da saúde, pode trazer alterações no modelo contemporâneo com enriquecimento do pensamento crítico, para a melhor tomada de decisões^(67, 71).

As implementações da PBE têm gerado uma expansão na necessidade de produção de todos os tipos de revisões de literatura. Embora apreciável, os métodos de revisão mais utilizados são a sistemática e a meta-análise, porém não contemplam importantes questões relacionadas à assistência e/ou ao impacto da doença ou do tratamento e possíveis complicações. A revisão integrativa, nesse campo, na qualidade de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de diferentes métodos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem. Deste modo, é importante diferenciar cada método de pesquisa^(64, 71).

A revisão sistemática é uma forma de pesquisa que emprega como fonte de dados a literatura sobre um determinado assunto. Esse tipo de pesquisa disponibiliza uma síntese das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos apresentados e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Difere-se de outros métodos de revisão, pois busca superar possíveis vieses em cada uma das etapas, seguindo um método criterioso de busca e escolha de pesquisas; avaliação de relevância e validade dos estudos encontrados; coleta, síntese e interpretação dos dados advindos da pesquisa. São extremamente úteis para reunir as informações de um conjunto de estudos primários, separadamente sobre determinado tema, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou

coincidentes, bem como identificar lacunas que necessitam de evidência, auxiliando em possíveis investigações futuras⁽⁷²⁾.

A metanálise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, afim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. O delineamento e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos. Na abordagem da meta-análise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativo. Subsequentemente, os resultados são transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito ou a intervenção mensurada⁽⁷³⁾.

Já a revisão integrativa é possível afirmar que é a forma mais ampla de abordagem metodológica referente às revisões, pois por meio dela é permitido a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão fidedigna do fenômeno analisado. Insere também dados da literatura teórica e empírica, além de ampliar fatores como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tema particular⁽⁶⁴⁾.

Desta forma, para operacionalizar este estudo optou-se pela revisão integrativa de literatura para melhor responder o questionamento sobre o conhecimento produzido sobre complicações em estomas.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que busca a realização de sínteses de publicações anteriores sobre um determinado tema, sendo o produto final a situação atual do conhecimento do tema apresentado^(71, 74).

A referida metodologia inclui a análise de pesquisas significativas que auxiliam para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, tornando possível a síntese do estado do conhecimento do assunto estudado, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos^(71, 74).

Neste sentido, a pesquisa permite a síntese de vários estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área individual. É um método importante para a enfermagem e para a saúde em geral, pois possibilita um

precioso produto científico para os profissionais que não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido a multiplicidade de materiais⁽⁶⁵⁾.

A revisão integrativa de literatura tem sido apresentada por diferentes autores e de várias formas. No entanto, neste estudo, optou-se pelo método proposto por Ganong⁽⁷⁵⁾ que apresenta seis etapas que serão descritas abaixo:

- **Primeira etapa:** seleção da hipótese ou questão para a revisão
- **Segunda etapa:** Estabelecer critérios para amostragem
- **Terceira etapa:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos
- **Quarta etapa:** análise dos estudos
- **Quinta etapa:** Interpretar os resultados
- **Sexta etapa:** apresentação da revisão

3.2.1 Primeira etapa: seleção da hipótese ou questão para a revisão

A primeira etapa é a identificação do tema da pesquisa que direcionou o presente estudo, sendo o passo inicial para a realização de qualquer método de revisão. A pergunta norteadora deve ser explicativa e clara para auxiliar a identificação dos descritores e palavras-chaves, permitindo a delimitação da busca das informações e as que podem ser removidas^(75, 76).

Para a realização da questão norteadora da pesquisa foi utilizada a estratégia PICOT, a qual representa o acrônimo *Patient* (Paciente), *Intervention* (intervenção), *Comparison* (Comparação) , *Outcomes* (desfecho) e *Time* (tempo). Pela estratégia é possível maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados, sendo utilizadas na construção da questão norteadora de pesquisa⁽⁷⁷⁾.

Sendo assim, foi elaborada a questão norteadora para a revisão integrativa, utilizando a estratégia PICOT, conforme descrita no Quadro 2:

Quadro 2 - Estratégia PICOT para elaboração da questão norteadora.

| Acrônimo | Definição | Descrição |
|-----------------|---------------------|--------------------------------------|
| P | Paciente/ Problema | Adultos estomizados |
| I | Intervenção | Demarcação pré cirúrgica. |
| C | Controle/Comparação | Nenhum |
| O | Outcomes/Resultados | Tipos de complicações em estomizados |
| T | Tempo | Dez anos |

Desta forma, formulou-se a seguinte pergunta norteadora da revisão integrativa:

Qual é o conhecimento científico já produzido sobre complicações em pacientes estomizados com derivação intestinal e urinária nos últimos 10 anos?

3.2.2 Segunda etapa: estabelecer critérios para amostragem

Essa fase compreende a seleção da amostra, ou seja, dos estudos a serem analisados. Para isso é importante estabelecer critérios de elegibilidade (Inclusão e exclusão) dos estudos.

É necessário dar ênfase ao processo de busca na literatura para a construção da revisão integrativa, de modo a ser claramente documentado todo o trajeto percorrido, incluindo os descritores, as bases de dados selecionadas, estratégias de busca adotada e os critérios de confiabilidade às pesquisas primárias^(75, 76).

Os critérios de **inclusão** definidos para a seleção dos estudos desta revisão foram:

- Artigos científicos, dissertações, teses e livros.
- Publicações entre o período de outubro de 2006 e outubro de 2015, acerca das complicações em estomas.
- Publicações nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Foram **excluídos** da pesquisa os estudos que apresentaram as características descritas a seguir:

- Estudos com ano anterior a 2006.
- Artigos que não estejam relacionados com complicações em estoma.

3.2.2.1 Operacionalização da coleta de dados.

Os dados foram coletados nos meses de outubro a dezembro de 2015.

3.2.2.2 Descritores e palavras-chaves

Para a produção deste estudo foram empregadas as terminologias denominadas como **Descritores em Ciência da Saúde (DeCS)**, também mencionados como palavras-chaves, de acordo com a base de dados consultada para a revisão integrativa⁽⁷⁶⁾.

Os DeCS foram gerados pela BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) que se destaca por ser um centro especializado da OPAS/OMS, orientado à cooperação técnica em formação científica de saúde. Refere-se a um vocabulário estruturado trilingue, cujo objetivo maior é apresentar uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis on-line^(76, 78).

As palavras-chaves são termos ou pequenas frases, não inseridas em um vocabulário estruturado, mas podem servir como uma ferramenta de busca em portais ou bases de dados⁽⁷⁶⁾.

Para esta revisão de literatura foram utilizados os seguintes DeCs e palavras-chaves, variando conforme a base de dados consultada:

- ❖ Estomia – Descritor DeCs;
- ❖ Estomas cirúrgicos – Descritor DeCs;
- ❖ Complicações – Descritor DeCs;
- ❖ Complicações Ostomias – Palavras-chave

3.2.2.3 Fontes consultadas

Neste momento do trabalho dividiu-se em três fases de busca, a primeira por bases de dados, a segunda por teses e dissertações e a terceira por livros.

Fase 1:

Para a busca qualificada, com apoio de profissionais, os artigos foram consultados nas bases de dados LILACS, Embase, MEDLINE (PubMed) e Web of Science.

A Metodologia **LILACS** (Literatura Latino Americana e do Caribe) foi fundada há mais de 30 anos, surgiu como um processo de descentralização da literatura científica-técnica em saúde, desenvolvida na América Latina e Caribe. É um elemento da (BVS) Biblioteca Virtual em Saúde em consecutivo desenvolvimento, formado de normas, manuais, guias e aplicativos, indicado para à coleta, seleção, descrição, indexação de documentos e geração de bases de dados⁽⁷⁸⁾.

Embase é uma base de dados criada pela Elsevier, disponível desde 1947, dentro dela contém mais de vinte cinco milhões de registros. Conecta-se a vários periódicos não disponíveis na PubMed (MEDLINE), principalmente materiais originados da Europa⁽⁷⁹⁾.

O **PubMed** (*Public Medline*) é de livre acesso, desenvolvido pela NCBI (*National Center for Biotechnology Information*) na NLM (*U.S. National Library of Medicine*), localizado na (NIH) *National Institutes of Health* dispõe mais de 22 milhões de citações da literatura biomédica do **MEDLINE**, periódicos de ciências naturais e livros on-line. Seus resumos e citações envolvem tópicos em biomedicina e saúde, ciências naturais, ciências do comportamento, química e bioengenharia. Também oferece acesso a sites importantes na área e direciona o usuário para outros recursos em biologia molecular do NCBI⁽⁸⁰⁾.

O **Web of Science** é uma base de dados que dispõe cerca de 37mil publicações em periódicos, nacionais e internacionais. Possibilita a identificação de artigos de periódicos em diversas áreas do conhecimento⁽⁷⁹⁾.

A **CINAHL** (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) é um periódico científico sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo de todos os periódicos indexados⁽⁷⁸⁾.

Fase 2:

Para a busca de dissertações e teses, com apoio da bibliotecária da FMB - UNESP, realizou-se as buscas nos sites de acervos de Faculdades de Medicina Públicas do Estado de São Paulo.

No Brasil, segundo o MEC (Ministério da Educação)⁽⁸¹⁾ existem 183 faculdades de medicina, 35 destas estão localizadas no Estado de São Paulo e 9 são Universidades Públicas, abaixo descritas:

A **Universidade de São Paulo** foi criada há 80 anos, conhecida também como **USP**, está na 29ª colocação no *Webometrics Ranking of World Universities* 2014, que considera os conteúdos disponibilizados na internet, especialmente aqueles relacionados a processos de geração e comunicação acadêmica de conhecimento científico. A Universidade está em 1º lugar também no *ranking Webometrics* que avalia somente as universidades da América Latina e no que classifica os países dos *Brics* (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul)⁽⁸²⁾.

A **UNIFESP** (Universidade Federal de São Paulo) fundada pela Escola Paulista de Medicina, cuja fundação remonta a 1933 e que se sustentou por meio de recursos privados e subsídios governamentais até a federalização em 1956. Com a promulgação da lei n.º 8.957, em 1994, a EPM transformou-se em Universidade Federal, mantendo os cursos ministrados nas áreas de Medicina, Enfermagem, Ciências Biológicas, Fonoaudiologia e Tecnologia Oftálmica – que hoje integra as Tecnologias em Saúde⁽⁸³⁾.

A **UNICAMP** (Universidade Estadual de Campinas) foi fundada em 1966, pode ser considerada uma instituição jovem que já conquistou forte tradição no ensino, na pesquisa e nas relações com a sociedade. Possui três campos, em Campinas, Piracicaba e Limeira. Compreende 24 unidades de ensino e pesquisa. Possui também um vasto complexo de saúde com duas grandes unidades hospitalares no campus de Campinas, conta com 23 núcleos e centros interdisciplinares, dois colégios técnicos e uma série de unidades de apoio num universo onde convivem cerca de 50 mil pessoas e se desenvolvem milhares de projetos de pesquisa⁽⁸⁴⁾.

A **UNESP** (Universidade Estadual Paulista), criada no ano 1976, resultou da incorporação dos Institutos Isolados de Ensino Superior do Estado de São Paulo, possui unidades universitárias situadas em diferentes cidades do interior paulista. Com 34 unidades em 24 cidades, sendo 22 no Interior; uma na Capital do Estado, São Paulo; e uma no Litoral Paulista, em São Vicente⁽⁸⁵⁾.

A **FAMERP** (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto) é uma instituição de ensino superior pública paulista de e estudo em ciências da saúde com sede em São José do Rio Preto. Fundada em 1968, é uma das seis faculdades

estaduais de Medicina de São Paulo e seu curso médico é ministrado no sistema tradicional. Uma das mais bem conceituadas faculdades de Medicina e Enfermagem do país, se destaca por possuir o segundo maior hospital-escola do Brasil, o Hospital de Base de São José do Rio Preto⁽⁸⁶⁾.

A **FAMEMA** (Faculdade de Medicina de Marília) é uma das faculdades de Medicina do estado de São Paulo, localiza-se na região Sul de Marília, região centro-oeste do Estado de São Paulo a 450 km da capital. A Faculdade oferece gratuitamente os cursos de Medicina e Enfermagem⁽⁸⁷⁾.

A **FMJ** (Faculdade de Medicina de Jundiaí) é uma instituição pública municipal que oferece cursos de graduação em medicina e enfermagem, bem como um programa de especialização "lato sensu" e um programa de mestrado acadêmico. Embora seja uma instituição de ensino pública, são cobradas mensalidades dos alunos, de acordo com exceção constitucional do Art. 242 da Constituição Federal do Brasil⁽⁸⁸⁾.

A **UFSCAR** (Universidade Federal de São Carlos) fundada em 1968, é uma instituição de ensino superior pública e federal brasileira, com sede no município de São Carlos, no estado de São Paulo⁽⁸⁹⁾.

E finalizando, a **UNITAU** (Universidade de Taubaté) é uma autarquia educacional brasileira pertencente ao governo municipal de Taubaté, com diversas unidades espalhadas pelo município. Formou, ao todo, mais de 90 mil alunos, sendo a maior universidade do cone leste paulista e uma das mais tradicionais do interior de São Paulo. É a 1ª e maior universidade pública de caráter municipal da América Latina⁽⁹⁰⁾.

Fase 3:

Para a busca dos livros, fez-se contato com os profissionais das Universidades que são responsáveis pelos cursos de Especialização em Estomaterapia no Estado de São Paulo.

No Brasil, segundo a SOBEST (Sociedade Brasileira dos Ostomizados)⁽⁹¹⁾ dezesseis instituições de ensino oferecem o curso de especialização em Estomaterapia.

No Estado de São Paulo, encontrou-se cinco instituições⁽⁹¹⁾ que foram contactadas por meio de um ofício (**ANEXO 1**) enviado por e-mail. Das cinco instituições apenas a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto não

forneceu resposta.

As respectivas Instituições de Ensino foram:

- Universidade de Taubaté
- Universidade de São Paulo
- Universidade de Campinas
- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
- Faculdade de Medicina do ABC

3.2.2.4 Estratégia de busca

Para a busca dos artigos incluídos foram utilizados o portal PubMed (*Public Medline*), as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), Embase e Web of Science. Realizado por meio dos descritores controlados disponíveis nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH): *Surgical Stomas, Stoma, Surgical, Surgical Stoma, Stomata, Surgical, Surgical Stomata, Stomas, Surgical, Complications, associated disease, coexistent conditions, sequels, concomitant conditions, concomitant disease, sequelae, associated conditions e coexistent disease*.

Com o objetivo de assegurar uma busca ampla de estudos primários, os descritores foram combinados de diferentes formas, usando o operador OR e AND (Quadro 3).

Nesta etapa houve o auxílio de uma bibliotecária na elaboração da estratégia de busca e no levantamento bibliográfico.

Quadro 3 - Estratégia de busca para a Revisão Integrativa, São Paulo - 2015

| |
|---|
| Estratégia de busca LILACS |
| (Surgical Stomas or Estomas Quirúrgicos or Estomas Cirúrgicos or Estoma Cirúrgico) and (complications or complicaciones or complicações or afecções or associadas or doenças associadas or afecções coexistentes or doenças coexistentes or afecções concomitantes or doenças concomitantes or sequelas) |
| FILTRO: 10 anos, título e resumo, humanos |
| Estratégia de busca Medline, CINAHL e WEB OF SIENCE |
| (Surgical Stomas or Stoma, Surgical or Surgical Stoma or Stomata, Surgical or Surgical Stomata or Stomas, Surgical) and (Complications or associated disease or coexistent conditions or sequels or concomitant conditions or concomitant disease or sequelae or associated conditions or coexistent disease) |
| FILTRO: Pubmed - 10 anos, título e resumo, humanos Web of Science - filtro: palavras no título |
| Estratégia de busca Embase |
| ((Surgical Stomas) or (Stoma, Surgical) or (Surgical Stoma) or (Stomata, Surgical) or (Surgical Stomata) or (Stomas, Surgical)) and (Complications or (associated disease) or (coexistent conditions) or sequels or (concomitant conditions) or (concomitant disease) or sequelae or (associated conditions) or (coexistent disease)) |
| FILTRO: 10 anos e palavras no título. |
| Estratégia de busca nos acervos das Bibliotecas das Universidades |
| ((Estomas AND Complicações)) |
| FILTRO: 10 anos. |

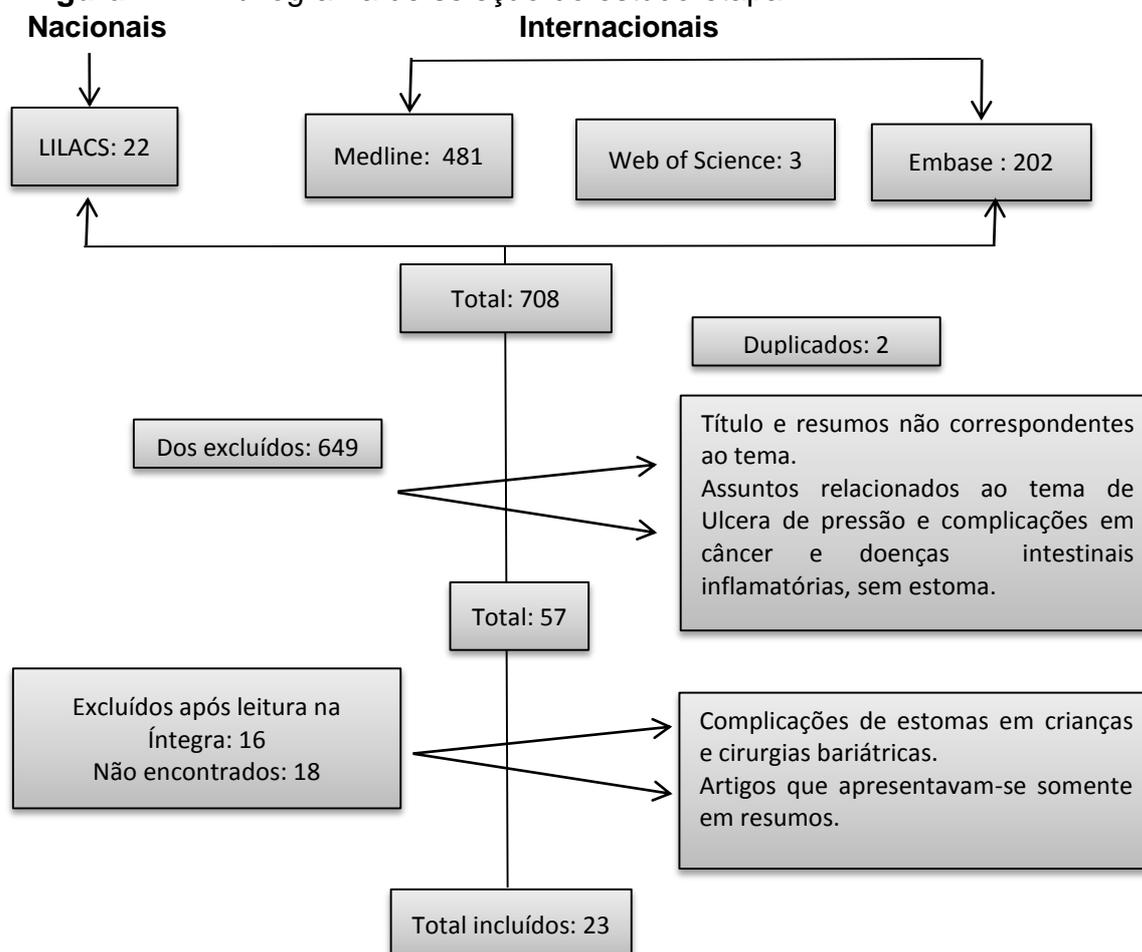
No quadro 4 apresenta o número de artigos obtidos no levantamento bibliográfico,

Quadro 4 – Número de artigos obtidos no levantamento bibliográfico, São Paulo, 2015

| Portal e base de dados | Artigos encontrados mediante as estratégias de busca | Artigos selecionados após leitura de resumos | Artigos excluídos após leitura na íntegra | Artigos excluídos por não serem localizados | Amostra |
|------------------------|--|--|---|---|---------|
| LILACS | 22 | 14 | 9 | 2 | 3 |
| MEDLINE | 481 | 15 | 4 | 4 | 7 |
| WEB OF SCIENCE | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| EMBASE | 202 | 25 | 1 | 11 | 13 |
| CINAHL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 708 | 57 | 16 | 18 | 23 |

A figura 14 demonstra o fluxograma da seleção dos artigos na etapa 1.

Figura 14 - Fluxograma de seleção do estudo etapa 1.



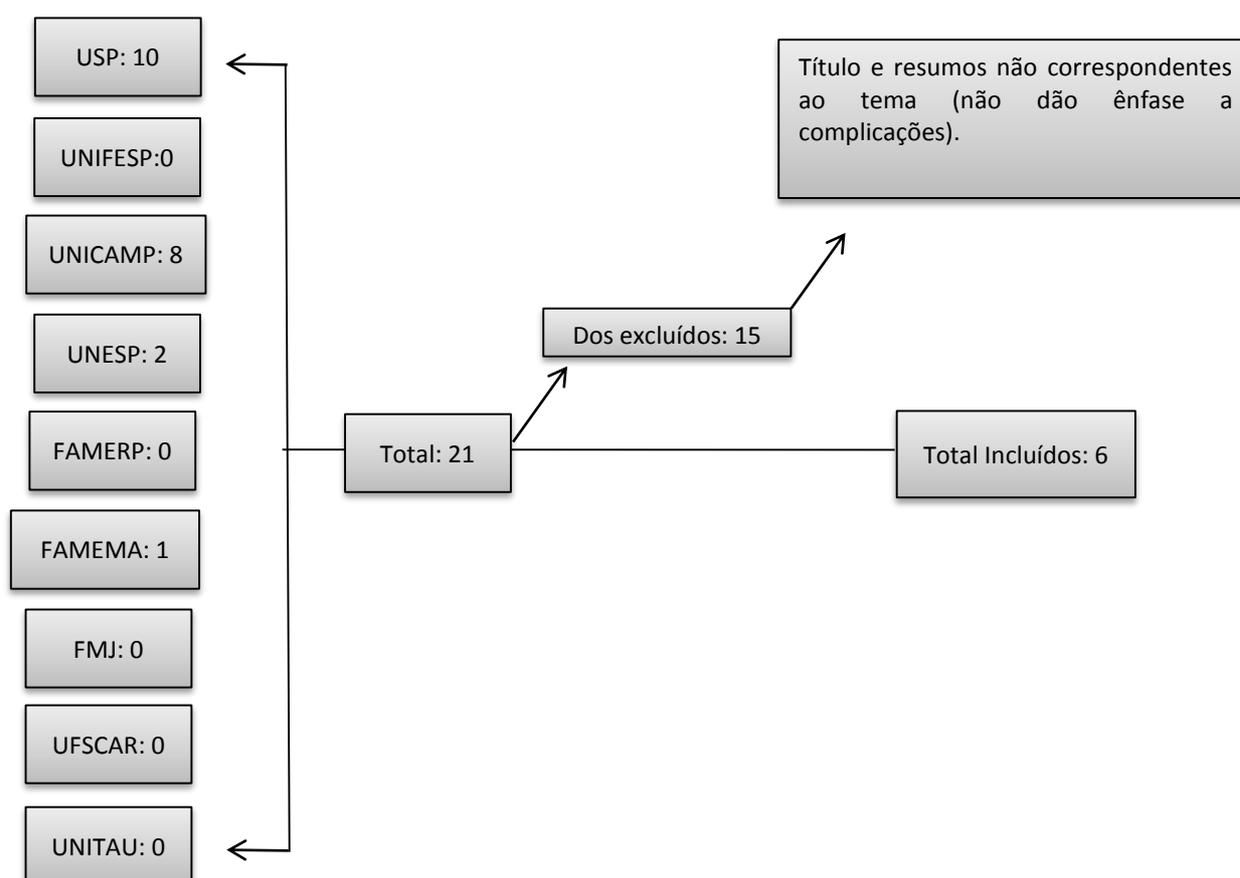
No quadro 5 apresenta o número de teses e dissertações no levantamento bibliográfico.

Quadro 5 – Número de Teses e Dissertações no levantamento bibliográfico, São Paulo, 2016

| Acervos das Universidades | Teses e dissertações encontradas | Teses e dissertações incluídos | Teses e dissertações excluídos | Amostra total |
|---------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------|
| USP | 10 | 4 | 6 | 4 |
| UNIFESP | 0 | 0 | 0 | 0 |
| UNICAMP | 8 | 0 | 8 | 0 |
| UNESP | 2 | 1 | 1 | 1 |
| FAMERP | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FAMEMA | 1 | 1 | 0 | 1 |
| FMJ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| UFSCAR | 0 | 0 | 0 | 0 |
| UNITAU | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 6 | 14 | 6 |

Na figura 15 observa-se o fluxograma de seleção do estudo etapa 2.

Figura 15 - Fluxograma de seleção do estudo etapa 2.



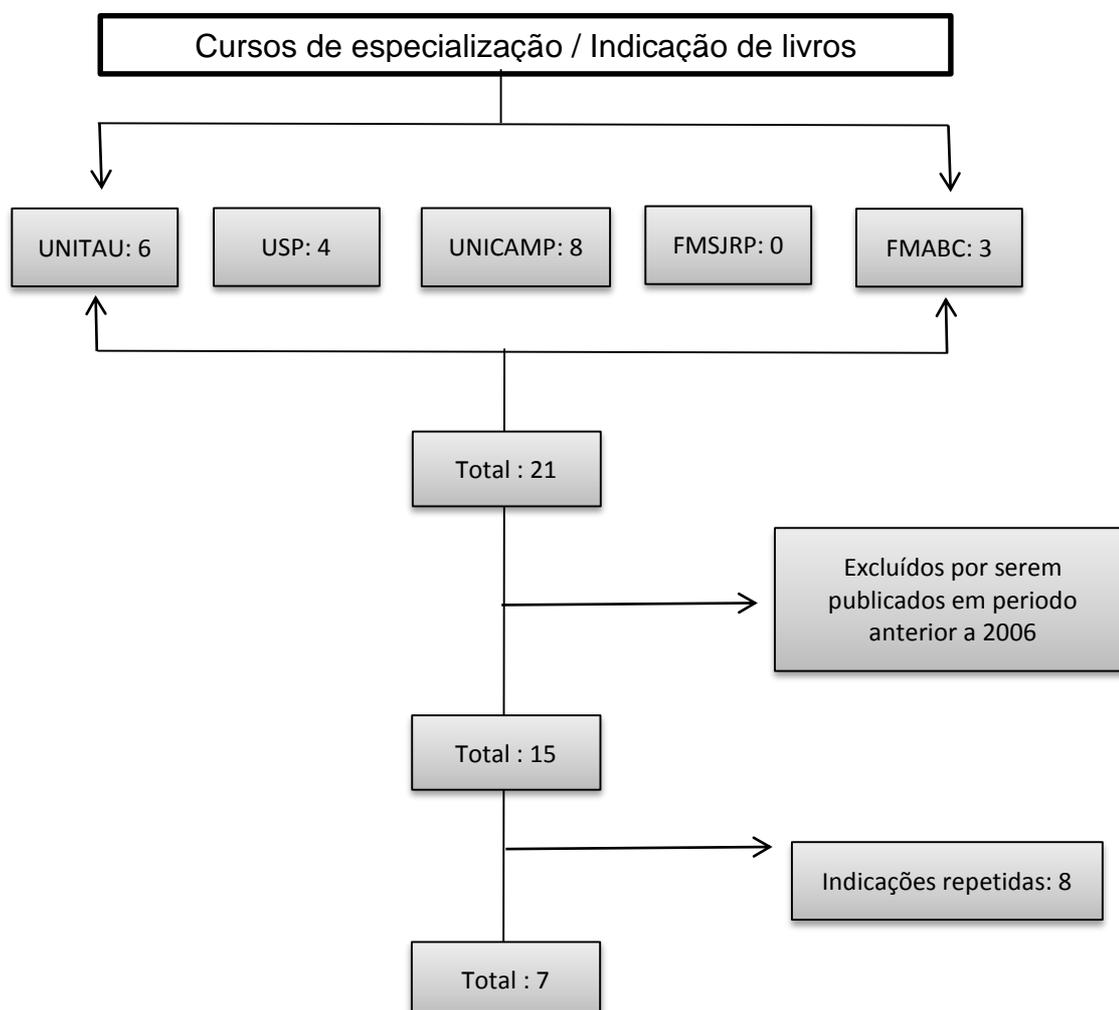
No quadro 6 exemplifica o número de livros indicados pelos profissionais responsáveis pelo curso.

Quadro 6 – Número de livros indicados pelos profissionais responsáveis pelo curso de especialização em Estomaterapia, São Paulo, 2016

| Curso de Especialização | No de Livros indicados | Livros excluídos | Livros Incluídos | Livros repetidos | Amostra |
|-------------------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|---------|
| UNITAU | 6 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| USP | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| UNICAMP | 8 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| FMSJRP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FMABC | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Total | 21 | 6 | 11 | 8 | 7 |

Na figura 16 ilustra o fluxograma de seleção do estudo na etapa 3.

Figura 16 - Fluxograma de seleção do estudo etapa 3.



3.2.3 Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização

Esta terceira etapa consiste em documentar os estudos selecionados. O revisor irá dispor como objetivo neste período, organizar e sumarizar as informações, formando um banco de dados de simples acesso⁽⁶⁶⁾. É recomendado utilizar-se de um instrumento que assegure a extração da totalidade dos dados significativos, isso deve incluir objetivo, metodologia, definição dos sujeitos, população ou amostra, controle de variáveis, métodos de análise de dados, resultados e conclusões^(75, 76).

3.2.3.1 A análise dos artigos e instrumento utilizado na coleta incluídos na revisão Integrativa

A organização e análise dos dados da revisão integrativa correspondem a etapa de análise dos estudos convencionais. Necessita ser conduzida de maneira criteriosa e demanda uma abordagem rigorosa para cada estudo⁽⁶⁴⁾.

Para isto, foi necessário a utilização de um **instrumento** previamente planejado para cumprir os critérios de confiabilidade na análise de cada estudo selecionado e o conteúdo importante para esta pesquisa⁽⁶⁴⁾.

Para a organização dos dados foi utilizado o formulário adaptado nos itens 4, 12, 13 e 14 (**Apêndice 2**) com base em Bezerra⁽⁶³⁾, que contempla os itens a seguir:

- **Número do artigo;**
- **Dados do artigo;**
- **Portal de base consultada;**
- **Objetivos;**
- **População;**
- **Amostra;**
- **Tipo de estudo;**
- **Aspectos abordados pelo autor;**
- **Resultados;**
- **Conclusões;**
- **Tipos de complicações;**
- **Tipos de estoma;**

- **Pré-disposições;**
- **Nível de evidência.**

Referente aos dados dos artigos foram registrados: o título do artigo e do periódico, autores e dados do primeiro e do segundo autor, país de origem, idioma e ano de publicação, volume, número e páginas, além do nome da revista.

Relativo ao tipo de estudo foi avaliado se o mesmo encontrava-se explícito ou implícito no estudo, de natureza quantitativa ou qualitativa.

Quanto aos tipos de estomas identificou-se as derivações sendo: Ileostomia, Colostomia e Urostomia para correlacionar se existe diferença entre local do estoma e tipo de complicação existentes.

Para avaliação do nível de evidência foi utilizada a classificação hierárquica proposta por *Melnyk e Fineout-Overholt baseada na categorização de Agency for Healthcare Research and Quality* dos Estados Unidos e descrita por Galvão^(92, 93) abaixo:

- ❖ Nível 1 – evidências provenientes de revisão as provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- ❖ Nível 2 - evidências originadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- ❖ Nível 3 - evidências derivadas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- ❖ Nível 4 - evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- ❖ Nível 5 - evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- ❖ Nível 6 - evidências originadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- ❖ Nível 7 - evidências derivadas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽⁹²⁾.

3.2.3.2 Análise estatística

Após a elaboração do banco de dados pela planilha do Microsoft Office Excel realizou-se a análise estatística desta revisão integrativa. Análise descritiva com frequência e porcentagem para as variáveis categorizadas pelas informações adquiridas no formulário.

O programa utilizado para realizar as análises foi o SAS for Windows versão 9.2.

3.2.4 Quarta etapa: análise dos estudos

Na quarta etapa os estudos selecionados para a revisão foram analisados de forma detalhada, crítica, buscando explicações para os resultados conflitantes nos diferentes estudos, sendo possível a utilização da análise estatística^(75, 76).

3.2.5 Quinta etapa: interpretar os resultados

Corresponde a etapa de interpretação e discussão dos resultados. Seguida da análise crítica, descrita anteriormente, o revisor compara os estudos selecionados pela teoria e apresenta a conclusão e inferências adquiridas pela revisão integrativa. Nesse momento, é possível ainda, identificar lacunas dos conhecimentos que poderão dirigir pesquisas futuras^(75, 76).

3.2.6 Sexta etapa: apresentação da revisão

A última etapa da revisão integrativa consiste em uma síntese que deve evidenciar, de forma clara e completa, os resultados encontrados na análise dos estudos incluídos, de modo a permitir a avaliação dos mesmos pelo leitor^(75, 76).

4 RESULTADOS

Essa etapa do estudo é composta pelos dados relevantes obtidos e sintetizados. Apresenta a síntese de cada estudo que compõe esta revisão integrativa de literatura, de forma que identifique o delineamento dos estudos realizados, seguido dos resultados obtidos pelos formulários descritos pela frequência e porcentagem.

Definiu-se em caracterizar os estudos nacionais e internacionais sobre as complicações em estomas intestinais e urinários, assim como categorizar e analisar as temáticas estudadas nesta revisão integrativa.

Optou-se por apresentar a síntese da amostra composta por 36 estudos divididos em três etapas da pesquisa descritos em artigos, teses, dissertações e livros.

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ARTIGOS

Aplicado os critérios de elegibilidade dos estudos encontrados no levantamento bibliográfico, a presente revisão integrativa resultou em uma amostra de 23 artigos.

No quadro a seguir, observa-se a descrição dos 23 estudos selecionados, conforme o portal de base de dados, ano de publicação, título do artigo e título do periódico, São Paulo - 2016.

Quadro 7 – Descrição dos artigos que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o portal/base de dados, ano de publicação, título do artigo e título do periódico, São Paulo - 2016

| NÚMERO DO ESTUDO | BASE OU PORTAL | ANO | TÍTULO DO ARTIGO | PERIÓDICO |
|-------------------------|-----------------------|------------|---|---------------------------|
| 1 | Embase | 2015 | Long-term complications of urinary diversion | Current Opinion |
| 2 | Embase | 2015 | Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period | ANZ J Surg |
| 3 | Medline | 2014 | Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: An institutional study | World J Gastrointest Surg |
| 4 | Medline | 2014 | Impacto of ileostomy-Related Complications on the Multidisciplinary Treatment of Rectal Cancer. | Ann Surg Oncol |
| 5 | Embase | 2014 | Intestinal Stoma varias complicações e seu manejo | Pakistan J med Health Sci |
| 6 | Embase | 2014 | Surgical complications of colostomies | Tunis Med |
| 7 | Embase | 2013 | The nutritional impacto of diverting stoma-related complications in elderly rectal câncer patients | Int J Colorectal Dis |
| 8 | Embase | 2013 | Management and Complications of Stomas | Surg Clin North Am |
| 9 | Embase | 2012 | Management of the Continent Cutaneous Stomal | Curr Bladder Dysfunct Rep |

| | | | Complications | |
|----|---------|------|---|---------------------------------|
| 10 | Embase | 2012 | Intestinal Stomas Indications, Management, and Complications. | Adv Surg |
| 11 | Embase | 2011 | Long- Term Complications of Conduit Urinary Diversion. | J Urol |
| 12 | Lilacs | 2011 | Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. | Medicina (Ribeirão Preto) |
| 13 | Embase | 2011 | Complications of new enteral stomas: The role of ostomy nursing | Gastroenterology |
| 14 | Embase | 2010 | Early and late complications among long-term colorectal câncer survivors with ostomy or anastomosis | Dis Colon Rectum |
| 15 | Embase | 2010 | Frequency of complications of ileostomy: experience of 180 cases at Chandka Medical College Hospital Larkana | Rawal Med J |
| 16 | Medline | 2010 | Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses | J Wound, Ostomy Contenance Nurs |
| 17 | Lilacs | 2008 | Complications of stomas in colorectal Cancer: Review of 21 Complications in 276 | Rev. Bras. Coloproctol |

| | | | | |
|----|---------|------|--|--------------------------------|
| | | | stomas carried out in 870 patients with Colorectal Cancer. | |
| 18 | Medline | 2008 | Demographic and Clinical Factors Related to Ostomy Complications and Quality of Life in Veterans With an Ostomy | J Wound Ostomy Contenance Nurs |
| 19 | Embase | 2007 | Incidence and Risk Factors of Stomal Complications in Patients Undergoing Cystectomy With Ileal Conduit Urinary Diversion for Bladder Cancer. | J Urol |
| 20 | Lilacs | 2007 | Perfil do paciente Ostomizado e Complicações relacionadas ao Estoma. | Rev Bras Coloproctol |
| 21 | Medline | 2007 | Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) Nurse Clinicians on Stomal and Peristomal Complications: A Content Validation Study | J Wound Ostomy Contenance Nurs |
| 22 | Medline | 2007 | Results of a Nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. | Colorectal Dis |
| 23 | Medline | 2006 | Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery | Colorectal Dis |

Com relação ao portal ou base de dados verificou-se que do total de 23 (63,9%) artigos selecionados neste estudo, 13 (36,1%) deles são oriundos da

base de dados Embase, 7 (19,44%) são do portal da Medline e 3 (8,33%) da base de dados LILACS.

No próximo quadro observa-se a descrição dos artigos que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o delimitamento do estudo, origem nacional ou internacional e nível de evidência

Quadro 8 – Descrição dos artigos que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o deliamento do estudo, nacional ou internacional e nível de evidência, São Paulo -2016

| NÚMERO DO ESTUDO | DELINEAMENTO DO ESTUDO | NACIONAL/ INTERNACIONAL | NÍVEL DE EVIDÊNCIA |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1 | Quantitativo/Revisão Sistemática | Internacional | I |
| 2 | Quantitativo/Estudo de coorte | Internacional | IV |
| 3 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 4 | Quantitativo/Estudo de coorte | Internacional | IV |
| 5 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 6 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 7 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 8 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 9 | Quantitativo/Revisão de literatura | Internacional | Não se aplica |
| 10 | Quantitativo/Revisão de literatura | Internacional | Não se aplica |
| 11 | Quantitativo/Estudo de coorte | Internacional | IV |
| 12 | Quantitativo/Revisão de literatura | Nacional | Não se aplica |
| 13 | Quantitativo/Estudo de coorte | Internacional | IV |
| 14 | Quantitativo/Estudo de coorte | Internacional | IV |
| 15 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 16 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 17 | Quantitativo/Estudo descritivo | Nacional | VI |
| 18 | Misto/ Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 19 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 20 | Quantitativo/Estudo descritivo | Nacional | VI |
| 21 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |
| 22 | Quantitativo/Estudo descritivo | Inetrnacional | VI |
| 23 | Quantitativo/Estudo descritivo | Internacional | VI |

Verifica-se que dos 23 artigos 22 (95,6%) utilizaram como abordagem metodológica a pesquisa quantitativa e 14 (60,8%) dos estudos selecionados utilizaram o estudo descritivo como delineamento do estudo.

Assim, constata-se que a maior parte dos artigos encontrados são internacionais 20 (86,9%) e o nível de evidência que mais se apresenta na literatura é o VI. Tal fato denota um nível baixo de evidência nos estudos encontrados nesta revisão integrativa.

A seguir nos quadros 9 a 31 são apresentados as sínteses dos artigos que compuseram a amostra.

Quadro 9 – Apresentação da síntese do estudo 1

| ESTUDO 1 |
|---|
| Amini E, Djaladat H. Long-term complications of urinary diversion. Current Opinion. 2015; 25 (6) 570-577 ⁽⁹⁴⁾ |
| OBJETIVO |
| Revisar complicações a longo prazo de diferentes tipos de desvios urinários e estratégias para prevenir ou tratá-las. |
| MÉTODO |
| Revisão sistemática das bases de dados Medline, Embase e Scopus. |
| RESULTADOS |
| Foram analisados seis estudos, cinco retrospectivos e um misto (retrospectivo e prospectivo). |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A porcentagem para complicações relacionadas ao estoma a longo prazo no desvio urinário é de 60%. A complicação mais comum para derivações urinárias tem sido relacionada ao estoma seguido de ITU (Infecção do Trato Urinário). Isso demonstra a grande importância de acompanhamento a longo prazo aos pacientes. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: I |

Quadro 10 – Apresentação da síntese do estudo 2

| ESTUDO 2 |
|---|
| Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, Mangam S, Khushal A, Marzouk D, Tsavellas G. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. ANZ J Surg. 2015 Dec 3. ⁽⁴⁴⁾ |
| OBJETIVO |
| Determinar a prevalência e fatores de risco para complicações em estoma. |
| MÉTODO |
| Estudo de coorte retrospectivo (Caso - controle) 202 pacientes estomizados no período de jan-dez 2013-2014. Doze variáveis explicativas e quatro de resultados. |
| RESULTADOS |
| Houve 69 complicações no início do período pós-operatório, no total, a retração foi a mais comum (30,4%). Os índices de massa corporal foram significativamente associados com o desenvolvimento de complicações na análise multivariada. Fatores de risco relacionados com a cirurgia, como hora do dia ou semana de operação e qualidade do cirurgião, não foram associados com o desenvolvimento de complicações do estoma. Trinta e oito pacientes (18,8%) morreram durante o período de seguimento, mas a mortalidade não foi relacionada com o desenvolvimento de complicações do estoma. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Fatores de risco relacionados ao paciente influenciam o risco de desenvolver uma complicação em estoma, além dos fatores de risco relacionadas com a cirurgia. Intervenções no pré-operatório e pós-operatório, o planejamento, vigilância e acompanhamento deve ser orientada para grupos de risco, particularmente os pacientes obesos. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV |

Quadro 11 – Apresentação da síntese do estudo 3

| ESTUDO 3 |
|---|
| Rubio-Perez I, Leon M, Pastor D, Diaz Dominguez J, Cantero R. Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: an institutional study. World J Gastrointest Surg. 2014;27;6(9):169-174 ⁽⁹⁵⁾ |
| OBJETIVO |
| Rever as reversões de ileostomia realizada na instituição e identificar possíveis fatores de risco para complicações pós operatórias. |
| MÉTODO |
| Estudo de análise retrospectiva. |
| RESULTADOS |
| Uma amostra de 93 pacientes. Em média 60,3 anos, 58% são do sexo masculino, as indicações de estoma são oriundos de câncer colorretal e fístula. No total 26 pacientes apresentaram comorbidades, sendo as principais delas 19% metástase hepática, 11,5% diabetes e doenças cardíacas e 7,7% doenças pulmonar, trombótica, hematológica e metástase pulmonar. A duração média para reversão foi de 10,3 meses, 8,6% teve readmissão devido a desidratação antes do fechamento da ileostomia, 40% dos pacientes tiveram complicações e em alguns casos houve mais de uma complicação, as mais ocorridas foram no íleo e infecção da ferida. O tempo médio de internação foram 11,5 dias. Considerando significativo o número de homens com complicações, homens com infecção da ferida, idade e sangramento retal, complicações e tempo de fechamento, tempo de fechamento menos que 6 meses e colite pseudomembranosa e anastomose técnica terminal e íleo pós-operatório. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Embora o fechamento de uma ileostomia protetora seja um procedimento comum, existe um número significativo de complicações, que devem ser consideradas, quando houver uma indicação. O atraso do fechamento do estoma pode aumentar os riscos de complicações, em geral e especialmente nas infecções de feridas e colites. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 12 - Apresentação da síntese do estudo 4

| ESTUDO 4 |
|--|
| Phatak UR, Kao LS, You YN, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Feig BW, et al. The Impact of Ileostomy-Related Complications on the Multidisciplinary Treatment of Rectal Cancer. <i>Ann Surg Oncol</i> (2014) 21: 507-512 ⁽⁹⁶⁾ |
| OBJETIVO |
| Avaliar a prevalência de complicações relacionadas com a ileostomia durante o tratamento de Câncer e descrever seu impacto no atendimento multidisciplinar. |
| MÉTODO |
| Estudo de coorte retrospectivo. |
| RESULTADOS |
| Um total de 294 pacientes foram analisados, 32% eram mulheres. Duzentos e setenta e um (92%) receberam tratamento com quimioterapia adjuvante. A distância do tumor médio da borda anal foi de 7 centímetros. Duzentos e oitenta e um (96%) foram submetidos ao fechamento do estoma com uma mediana de 7 meses. A complicação mais comum relacionada com a readmissão foi a desidratação (11%). Readmissão no prazo de 60 dias após a ressecção primária foi associada a demora em iniciar quimioterapia adjuvante. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Desviar ileostomias durante o tratamento cirúrgico dos cânceres retais estão associados com morbidade; no entanto, encontra o risco de morbidade relacionada à anastomose na ressecção retal. Dado o potencial benefício de derivação fecal. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV |

Quadro 13 – Apresentação da síntese do estudo 5

| ESTUDO 5 |
|--|
| Ahmad I, Akhtar A, Khan A U R. Intestinal stomas: various complications and their management. Pakistan journal of medical and health sciences. (2014) 8:3 676-7 ⁽⁴³⁾ |
| OBJETIVO |
| Detectar várias complicações em todos os tipos de estomas intestinais e várias estratégias operacionais e não-operacionais aplicados na gestão destas complicações. |
| MÉTODO |
| Este estudo descritivo foi realizado no departamento de cirurgia, incluindo serviço de urgência; de março de 2013 a agosto de 2013. Um total de 50 pacientes de ambos os sexos com idade acima de 13 anos foram incluídos no estudo. |
| RESULTADOS |
| Cerca de 35 (70%) estomas foram feitas no departamento de emergência e 15 (30%) foram feitas em listas de operações eletivas. A idade variou de 13-70 anos e a faixa etária mais frequente foi 13,35 anos. A faixa etária mais comum para ileostomias e cecostomias foi 13-20 anos e para colostomias foi de 21-30 anos. Houve 10 do sexo feminino e 40 pacientes do sexo masculino. Dos 50 pacientes, 40 (80%) eram colostomias. Oito (16%) eram ileostomias. Dois (4%) foram cecostomias. Dos 50 pacientes, 11 (22%) pacientes tiveram complicações de irritação da pele ao redor do estoma. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A aplicação de técnicas cirúrgicas adequadas reduz as chances de complicações do estoma locais. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 14 – Apresentação da síntese do estudo 6

| ESTUDO 6 |
|--|
| Ameur HB, Affes N, Rejab H, Abid B, Boujelbene S, Mzali R, Beyrouiti MI. Surgical complications of colostomies. La tunisie Medicale - 2014;92(7):482-487 ⁽⁹⁷⁾ |
| OBJETIVO |
| Fornecer informação sobre incidência de complicações cirúrgicas de colostomia, sua gestão terapêutica e tentar identificar fatores de risco para ocorrência. |
| MÉTODO |
| Estudo retrospectivo descritivo |
| RESULTADOS |
| Entre os 268 pacientes que tiveram uma colostomia, 19 pacientes desenvolveram complicações em estoma cirúrgicos. Eles tinham idade média de 59 anos. Dentre as dezenove complicações desenvolveram: prolapso em 9 casos (reconstrução da colostomia em 6 casos, a restauração da continuidade digestivo em 3 casos), necrose em 5 casos (reconstrução da colostomia), abscesso em 2 casos (reconstrução da colostomia em 1 caso, a restauração da continuidade digestivo em outro caso) e uma hérnia paraestomal em 1 caso (herniorrafia). A incisão eletiva sobre a doença perineal foi considerado fator de risco para a ocorrência de prolapso. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Complicação cirúrgica de colostomias continuam sendo um evento raro. Prolapso é a complicação mais comum, e está relacionada principalmente à abordagem eletiva. Reoperação é muitas vezes necessária especialmente em casos de complicações precoces, com evolução pós-operatória geralmente sem intercorrências. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 15 – Apresentação da síntese do estudo 7

| ESTUDO 7 |
|---|
| Kye BH, Kim HJ, Kim JG, Cho HM. The nutritional impact of diverting stoma-related complications in elderly rectal cancer patients. Int J Colorectal Dis. 2013;28:1393-1400 ⁽⁹⁸⁾ |
| OBJETIVO |
| Investigar a relação entre complicações relacionadas com estoma, fechamento do estoma e estado nutricional. |
| MÉTODO |
| Estudo retrospectivo descritivo |
| RESULTADOS |
| As complicações relacionadas ao desenvolvimento do estoma em 24 (21,1%) pacientes e complicações relacionadas ao fechamento do estoma em 11 (9,6%) pacientes. Rastreio nutricional realizada antes do fechamento do estoma mostraram que os pacientes que sofreram complicações na formação do estoma tinham níveis mais baixos de albumina e menores linfócitos totais. Relacionado a perda de peso corporal foi mais grave em pacientes com complicações relacionadas com o estoma. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Complicações relacionadas ao estoma pode afetar o estado nutricional do paciente. A cirurgia de fechamento do estoma com o apoio nutricional adequado pode ser importante para evitar complicações e melhorar os resultados de longo prazo a qualidade de vida dos pacientes. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 16 – Apresentação da síntese do estudo 8

| ESTUDO 8 |
|---|
| Bafford AC, Irani JL. Management and Complications of Stomas. Surg Clin N Am. 2013;93:145-166 ⁽³⁰⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever os tipos de complicações, fatores de risco, diagnósticos, tratamento e prevenções. Composto por 138 referencias bibliográficas. |
| MÉTODO |
| Capítulo de Livro em formato de artigo. |
| RESULTADOS |
| <p>Hérnia paraestomal é uma das complicações mais comum da criação de estomia. Para reparos existe a colocação da malha por meio de laparoscopia ou por meio de uma abordagem aberta. Colocação de malha profilática parece diminuir subsequente a hérnia paraestomal sem aumento da morbidade.</p> <p>Prolapso do estoma pode levar a dificuldade com a montagem do dispositivo coletor, obstrução intestinal e isquemia.</p> <p>Perdas altas de efluentes do estoma pode levar à desidratação, distúrbios eletrolíticos, a deficiência de vitamina e desnutrição.</p> <p>Irritação da pele periestomais é uma complicação comum que muitas vezes é geridos com cuidado de pele local e apoio da enfermagem.</p> <p>Estenose é uma complicação rara no estoma, geralmente resultante de isquemia. Dilatação local pode ser tentada; no entanto, o tratamento definitivo muitas vezes requer revisão do estoma.</p> <p>Retração do estoma é muitas vezes uma complicação precoce que ocorre quando o comprimento do intestino é insuficiente.</p> |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A criação do estoma está associado à uma taxa global de complicações de 21% a 70%. Isso destaca a importância do papel do cirurgião em acompanhar o estoma. O cirurgião deve ser responsável não só em confeccionar o estoma, mas também em tratar as complicações pós-operatórias. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não aplica |

Quadro 17 – Apresentação da síntese do estudo 9

| ESTUDO 9 |
|--|
| Syan-Bhanvadia S, Daneshmand S. Management of the continent cutaneous stomal complications. Curr Bladder Dysfunct Rep. 2012;7:294-301 ⁽⁹⁹⁾ . |
| OBJETIVO |
| Apresentar complicações do canal cateterizável e estoma exclusivos para desvio continente cutâneo. |
| MÉTODO |
| Revisão de Literatura. |
| RESULTADOS |
| Desvio continente urinário cutâneo pode ser empregado após cistectomia quando o desvio ortotópico não é adequado e uma derivação continente é desejada. É uma operação com técnica desafiadora e requer cuidados pré-operatório e planejamento intra-operatório. No geral, Desvio Continente Cutâneo (CCD) carrega uma alta taxa de continência a longo prazo e satisfação do paciente, e é uma técnica amplamente aceita pelos profissionais urologistas. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Muitos tipos diferentes de canais de CCD e eferentes foram descritos com sucesso. Complicações são em grande parte relacionado com o estoma e canal cateterizável. Estas complicações geralmente podem ser acompanhadas fora da sala de cirurgia, embora, ocasionalmente, é necessário re-operação. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não aplica |

Quadro 18 – Apresentação da síntese do estudo 10

| ESTUDO 10 |
|---|
| Martin ST, Vogel JD. Intestinal Stomas indications, management, and complications. Adv Surg. 2012;46:19-49 ⁽⁴⁵⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever indicações para ileostomias e colostomias, tipos de cirurgias e complicações. |
| MÉTODO |
| Revisão de literatura composto por 80 referências bibliográficas. |
| RESULTADOS |
| Os estomas podem ser temporários ou definitivos. As ileostomias e colostomias são criadas para desviar o fluxo fecal de uma anastomose de alto risco, doença de Crohn complexa ou pós lesão traumática, dependendo da proporção do intestino em que se encontra. Os estomas definitivos são criados quando o procedimento restaurador não é possível como nos casos de Câncer, Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e Doenças de Crohn. As técnicas cirúrgicas apresentadas para Ileostomia foram: ileostomia em alça, ileostomia final e laparoscopia. As técnicas para colostomia foram: colostomia final, em alça, em duas alças, laparoscopia, colostomia bolha Turnbull e Hatmann. As complicações em estomas descritas foram: Irritações cutâneas, Isquemia, Ileostomia de alto rendimento, retração, prolapso/hérnia e obstrução. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A capacidade de construir e cuidar adequadamente de um estoma é crucial para a boa prática cirúrgica colorretal. A estomaterapia é fundamental para o êxito da gestão das estomias e suas complicações. Embora associada com morbidade, uma estomia bem construída pode fornecer aos pacientes boa qualidade de vida. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não aplica |

Quadro 19 – Apresentação da síntese do estudo 11

| ESTUDO 11 |
|--|
| Shimko MS, Tollefson MK, Umbreit EC, Farmer SA, Blute ML, Frank I. Long-term complications of conduit urinary diversion. J Urol. 2011;185: 562-7 ⁽¹⁰⁰⁾ . |
| OBJETIVO |
| Avaliar as complicações cirúrgicas de longa duração e os resultados clínicos em um grande grupo de pacientes tratados com Desvio de Conduto Urinário. |
| MÉTODO |
| Estudo de coorte (retrospectivo e prospectivo) |
| RESULTADOS |
| Uma amostra total de 844 pacientes submetidos a cistectomia. O acompanhamento com 213 pacientes sobreviventes foi de 15,5 anos. Havia 643 (60,8%) pacientes com 1.453 complicações diretamente atribuíveis à derivação urinária realizada com uma média de 2,3 complicações por paciente. Complicações intestinais foram os mais comuns, ocorrendo em 215 pacientes (20,3%), seguido por complicações renais em 213 (20,2%), complicações infecciosas em 174 (16,5%), complicações do estoma em 163 (15,4%) e cálculo urinário em 162 (15,3%). A menos comuns foram alterações metabólicas, que ocorreram em 135 pacientes (12,8%) e complicações estruturais, que ocorreram em 122 (11,5%). O aumento da idade, o número de grupos oncológico e cirurgias recentes de cistectomia foram significativamente associados a uma maior incidência de complicações. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Desvio de conduto urinário está associada a uma alta taxa de complicação global, mas uma taxa de re-operação baixa. O seguimento de forma sistematizada a longo prazo destes pacientes é necessário para avaliar possíveis complicações da derivação urinária que podem ocorrer após décadas. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV |

Quadro 20 – Apresentação da síntese do estudo 12

| ESTUDO 12 |
|---|
| Rocha JJR. Estomas intestinais (Ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1):55-6 ⁽²⁶⁾ . |
| OBJETIVO |
| Definir os tipos de estomas, indicações, complicações e técnica cirúrgicas. |
| MÉTODO |
| Capítulo de Livro em formato de artigo. |
| RESULTADOS |
| Existem dois tipos de estomas, os temporários e o definitivos. As indicações podem ser por obstruções intestinais, perfurações, traumas, fístulas e proteção de anastomoses de alto risco. Quanto as complicações podem ser precoces e tardias. A técnica cirúrgica é descrita de forma adequada ao diagnóstico. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A confecção adequada de um estoma é essencial na qualidade de vida do paciente, o qual deve ser orientado e esclarecido com detalhes, a razão pela qual será realizado a confecção do estoma temporário ou definitivo, as possíveis complicações e os cuidados a serem realizados no estoma. Para que haja uma adaptação adequada ao paciente é necessário a atividade multiprofissional. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não aplica |

Quadro 21 – Apresentação da síntese do estudo 13

| ESTUDO 13 |
|--|
| Gillis MG, Smith J, Craven D, Chilson T, Fowler J, Bloomfield RS. Complications of new enteral stomas: the role of ostomy nursing. <i>Gastroenterology</i> . 2011;140:5 Suppl. 1: S394 ⁽¹⁰¹⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever a experiência do profissional com os pacientes após a confecção do estoma e avaliar o papel do enfermeiro na educação sobre complicações. |
| MÉTODO |
| Estudo de coorte |
| RESULTADOS |
| Os prontuários foram revisados para determinar se o paciente foi orientado e se houve a demarcação antes da cirurgia com intuito de analisar as possíveis complicações do estoma durante acompanhamento clínico, incluindo a ruptura da pele, o vazamento pelo aparelho e incapacidade do autocuidado. As taxas de complicação foram comparadas entre ileostomias e colostomias, comparando também, as taxas de complicações para os pacientes que receberam aconselhamento de profissionais no pré-operatório versus nenhum aconselhamento. Um total de 207 pacientes tiveram novos estomas realizados em 2009. Destes 207 pacientes, 120 ileostomias e 87 colostomias. A média de idade da coorte foi de 53 anos, com 53% dos pacientes eram do sexo masculino. As taxas de complicações relacionadas com o estoma foram maiores para os pacientes com a colocação de ileostomia (27%) versus colostomia (21%), no entanto, este não foi estatisticamente significativa. Pacientes com aconselhamento no pré-operatório teve uma taxa de complicações relacionadas com o estoma de 28% em comparação com 23% para aqueles que não o fez, no entanto, este também não foi estatisticamente significativa. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Este estudo não mostrou uma diferença estatisticamente significativa nas taxas de complicações entre ileostomias e colostomia. Embora esse estudo retrospectivo também não mostrou a redução das complicações envolvendo, o aconselhamento pré-operatório. O benefício do aconselhamento pode ser detectado com maior precisão usando uma ferramenta de qualidade de vida em um estudo. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV |

Quadro 22 – Apresentação da síntese do estudo 14

| ESTUDO 14 |
|--|
| Liu L, Herrinton LJ, Hornbrook MC, Wendel C, Grant M, Krouse RS. Early and late complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomy or anastomosis. <i>Dis Colon Rectum</i> . 2010; 53(2):200-212 ⁽¹⁰²⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever a incidência e os efeitos das complicações na saúde relacionados a qualidade de vida de longo prazo entre os sobreviventes de câncer colorretal. |
| MÉTODO |
| Estudo de coorte (Caso Controle) |
| RESULTADOS |
| Portadores de estoma e anastomose foram acompanhados, em média 12,1 e 11,2 anos, respectivamente. Dentro de 30 dias da cirurgia, 19% de estomia e 10% dos sobreviventes de anastomose experimentaram complicações. A partir de 31 dias em diante os percentuais eram de 69% e 67%. Sangramento e infecção pós-operatória foram complicações precoces mais apresentadas. As complicações mais comuns de longo prazo foram: hérnia, retenção urinária, hemorragia, doenças de pele e obstrução intestinal. O estoma foi associado com a presença de fístula a longo prazo e entre os sobreviventes de anastomose, a fístula foi associado à redução da qualidade de saúde da vida. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| As taxas de complicações permanecem elevadas apesar dos recentes avanços nos métodos de tratamento cirúrgico. Pacientes com estoma tem mais complicações no início de seu período pós-operatório, mas as complicações em pacientes que realizaram anastomose ocorrem depois de 20 anos, porém os dois grupos têm taxas de complicação convergentes. Entre os sobreviventes de câncer colorretal com estomia, fístula tem implicações particularmente importantes para saúde relacionados com qualidade de vida. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV |

Quadro 23 – Apresentação da síntese do estudo 15

| ESTUDO 15 |
|--|
| Bhatti Y, Baloch I, Shaikh GS, Deenari RA, Naz S. Frequency of complications of ileostomy: experience of 180 cases at Chandka Medical College Hospital Larkana . Rawal Med J [internet]. 2010; 35(2): 198-200 ⁽¹⁰³⁾ . |
| OBJETIVO |
| Avaliar a frequência de complicações em ileostomias |
| MÉTODO |
| Estudo descritivo |
| RESULTADOS |
| Foram 180 pacientes. A idade variou entre 12 a 65 anos. Noventa e três (51,6%) pacientes tiveram indicação de estoma por perfuração intestinal, seguido por quarenta e nove (27,2%) de obstrução intestinal, vinte (11,1%) de tuberculose abdominal e dezoito (10%) de trauma abdominal. Setenta e dois (40%) pacientes desenvolveram complicações variáveis; dos quais trinta e oito (21,1%) escoriação da pele desenvolvido, doze (6,6%) de retração, oito (4,4%) estenose, oito (4,4%) prolapso um estoma, três (1,6%) sepse periestomal, dois (1,1%) Isquemia e um (0,5%) sangramento. A taxa de mortalidade foi zero. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Complicações em ileostomias eram comuns e a maioria era tratada de forma conservadora. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 24 – Apresentação da síntese do estudo 16

| ESTUDO 16 |
|--|
| Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by woc nurses. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010;37(5):505-10 ⁽¹⁰⁴⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever as complicações de pele periestoma presenciadas por enfermeiros ao longo período de um ano. |
| MÉTODO |
| Estudo descritivo |
| RESULTADOS |
| Doze enfermeiros acompanharam um total de 89 pacientes durante um período de 12 meses. Os indivíduos tinham uma idade média de 61 anos. A amostra incluiu 46 mulheres e 43 homens. Trinta e dois pacientes foram atendidos no hospital, 31 foram vistos em outro ambiente de saúde ou em casa e 26 foram observados em ambulatório. |
| Quarenta e dois pacientes (47%) tiveram complicações periestomais. Os tipos de estomias visto foram: 37 colostomias, 33 ileostomias e 15 condutos urinários. Trinta e um pacientes tinham danos químicos na pele periestomais (dermatite irritante), 5 tiveram lesão mecânica, e 4 tiveram infecções por Cândida, 1 teve uma reação alérgica e outro teve pioderma gangrenoso. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Estudos de investigação que descrevem complicações cutâneas periestomais existem ao longo do tempo de múltiplas configurações. Um repositório central de dados, usando uma ferramenta padronizada pode ser uma maneira de controlá-los e em seguida, começar a olhar para o cuidado padronizado da pele periestomal baseada em evidências. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 25 – Apresentação da síntese do estudo 17

| ESTUDO 17 |
|---|
| <p>Cruz GMG, Constatino JRM, Chamone BC, Andrade MMA, Gomes DMBM. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. Rev Bras Coloproct. 2008;28(1): 050-061⁽¹⁰⁵⁾.</p> |
| OBJETIVO |
| <p>Estudar 870 pacientes portadores de Câncer Colorretal, especificamente os 276 estomas realizados pela equipe cirúrgica, classificar os estomas, descrever as modalidades e indicações; tipo de técnica cirúrgica como também as complicações e intervenções.</p> |
| MÉTODO |
| <p>Estudo quantitativo com análise causística.</p> |
| RESULTADOS |
| <p>O índice de operações foi de 98,1% e o índice de ressecção de tumores de 90,6%. As intervenções cirúrgicas mais realizadas foram subsequentes as ressecções abdominais com anastomose (70,9%) e amputações abdominoperineais (15,5%). A confecção de estomas foi de 31,7%, sendo 21,2% colostomias terminais as mais realizadas. As ileostomias em alça temporárias mais comum e os estomas definitivos mais comum em colostomias terminais. Das complicações, as que apresentaram maior número de complicações foram as colostomias em alça e o que menos complicou foram as ileostomias terminais.</p> |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| <p>As complicações mais frequentes foram: prolapso, necroses e estenoses tubulares. A técnica mais comum utilizada para corrigir as complicações foram incisões pericostômica e correção do estoma e a laparotomia com colectomia e confecção de novo estoma.</p> |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 26 - Apresentação da síntese do estudo 18

| ESTUDO 18 |
|---|
| Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. J Wound, Ostomy Continence Nur. 2008;35(5):493-503 ⁽¹⁰⁶⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever as variáveis demográficas, clínicas e qualidade de vida relacionada a complicações do estoma como a irritação da pele, vazamento e dificuldade para se ajustar a uma estomia em uma população de veterano nos Estados Unidos. |
| MÉTODO |
| Estudo transversal descritivo, com método misto. |
| RESULTADOS |
| A gravidade da irritação da pele, problemas com vazamento e dificuldade de adaptação foram significativamente relacionados com domínios demográficos, clínicos e de qualidade de vida. Análises univariada mostrou que a idade, renda, emprego, cuidados pré-operatórios (local do estoma, demarcação e educação), tendo um parceiro, o tipo de estomia, razão pela estomia, tempo de cirurgia, o total de escores de qualidade de vida e pontuações em todos os 4 domínios de qualidade de vida foram relacionados com a gravidade destas complicações. A idade foi inversamente relacionada com a gravidade de todas as 3 complicações de estomia (irritação da pele, vazamento e dificuldade de adaptação). Ter uma ileostomia, ao invés de uma colostomia, foi associado com maior gravidade da irritação da pele. Tendo tido o local do estoma marcados no pré-operatório foi associado com menos dificuldade para se ajustar a estomia, e ter tido a educação pré-operatório foi associado com problemas menos graves com irritação da pele e vazamentos. Gravidade de cada complicação previu pontuação total de qualidade de vida. Dificuldade para se adaptar ao estoma foi relacionado a todos os 4 domínios de qualidade de vida (físicas, psicológicas, sociais e espirituais). |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Este estudo encontrou importantes relações entre os fatores demográficos, clínicos e complicações de estomia. Problemas de pele, vazamento e dificuldade de adaptação previsto pela pontuação total dos domínios de qualidade de vida. Estabelecer relações entre complicações de estomia e fatores demográficos, |

clínicos e qualidade de vida pode melhorar a identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de complicações. Este pode ser o início importante para identificar o desenvolvimento de intervenções eficazes para reduzir o impacto negativo de complicações para as pessoas estomizadas. Um estudo mais aprofundado de preditores e desfechos de complicações é necessário para melhorar o atendimento.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI

Quadro 27 – Apresentação da síntese do estudo 19

| ESTUDO 19 |
|---|
| Kouba E, Sands M, Lentz A, Wallen E, Pruthi RS. Incidence and risk factors of stomal complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder cancer. J Urol. 2007;178: 950-954 ⁽¹⁰⁷⁾ . |
| OBJETIVO |
| Analisar a incidência e os fatores de risco associados às complicações do estoma em pacientes submetidos a cistectomia radical com derivação urinária ileal de câncer de bexiga. |
| MÉTODO |
| Estudo retrospectivo descritivo |
| RESULTADOS |
| Dos 137 pacientes 21 complicações do estoma (15,3%) ocorreu em 20 pacientes (14,6%). A complicação mais comum foi hérnia paraestomal em 19 pacientes (13,9%). Estenose do estoma foi desenvolvido em 1 paciente (0,7%) e prolapso do estoma desenvolvido em 1 paciente com uma hérnia paraestomal (0,7%). Não houve diferenças significativas no sexo, idade, raça, valores laboratoriais pré-operatórios. No entanto, pacientes nos quais complicações desenvolvidas tiveram um índice significativamente maior de massa corporal em comparação com aqueles sem complicações. Além disso, não foram observadas diferenças significativas nos fatores de estilo de vida (por exemplo, tabagismo, abuso de álcool) em pacientes nos quais complicações foram desenvolvidas |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Complicações em estoma associados com conduto ileal desvio urinário não são incomuns e ocorrem em quase 15% dos pacientes, a complicação mais comum é a hérnia paraestomal. Avaliação de possíveis fatores de risco demonstra que a obesidade pode ser um fator que contribui para o desenvolvimento de complicações do estoma, particularmente nos idosos. Além disso, sugere-se que as correções posteriores de hérnias paraestomal são apenas moderadamente bem sucedido. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 28 – Apresentação da síntese do estudo 20

| ESTUDO 20 |
|---|
| Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. Rev Bras Coloproctol. 2007;27(1): 016-9 ⁽⁸⁾ . |
| OBJETIVO |
| Avaliar as complicações relacionadas aos estomas e perfil dos pacientes ostomizados, cadastrados no Programa de Ostomizados do Centro de Especialidades Médicas da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS |
| MÉTODO |
| Estudo quantitativo, retrospectivo. Realizado por meio da análise de prontuários dos pacientes. No total foram analisados 178 pacientes inscritos no Programa de Ostomizados. |
| RESULTADOS |
| Dos 178 pacientes incluídos na análise, 101 eram homens e 77 mulheres. A média de idade dos homens era de 46,8 anos e das mulheres de 54,6 anos. Em relação ao estoma, 152 eram colostomia, 21 ileostomias e 5 urostomias. Dentre as causas da realização do estoma, a primeira, com maior número de casos foi a neoplasia maligna de intestino em diferentes porções intestinais; a segunda causa mais frequente foi por trauma abdominal e a terceira por desvio de trânsito intestinal por Úlcera por pressão. Das colostomias 31,6% eram em alça e 68,4% eram terminais. Entre as ileostomias 23,8% eram em alça e 76,2% terminais. Em 50,9% dos pacientes foi detectado a adaptação inadequada das placas no estoma. Sobre as complicações, 57,9% dos pacientes apresentaram complicações, dentre as mais apresentadas foram: dermatite 28,7%, estoma plano 18,6%, hérnia perístoma 10,7% e retração do estoma em 10,1%. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Do grupo estudado o principal motivo para a confecção do estoma foi neoplasia colorretal, prevalecendo no sexo masculino, com idade média de 46,8 anos. A complicação mais apresentada foi a dermatite periestoma e outro problema considerado importante foi a má adaptação a placa na pele. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 29 – Apresentação da síntese do estudo 21

| ESTUDO 21 |
|--|
| Colwell JC, Beitz J, Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) Nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. J Wound Ostomy Continence Nur. 2007; 34(1):57–69 ⁽¹⁰⁸⁾ . |
| OBJETIVO |
| Estabelecer dados de validação de conteúdo para proposta do estoma e definições de complicações periestomais e suas intervenções. |
| MÉTODO |
| Estudo descritivo (quantitativo) |
| RESULTADOS |
| Um estudo desenhado pelo pesquisador foi enviado a 2.900 peritos, uma amostra representativa não randomizado de participantes que identificou que eles incluíram assistência aos estomizados na sua prática profissional. No total, 686 enfermeiros retornaram a pesquisa, uma taxa de resposta de 24%. A amostra intencional foi convidada para quantificar o grau de validade do estoma declarada do inquirido e as definições e intervenções periestomais. Comentários qualitativos escritos à mão dos participantes foram transcritas, analisadas e formou-se os temas. Os escores médios e os conteúdos resultados do índice de validade em itens selecionados foram ligeiramente mais baixos para as intervenções, especialmente intervenções dos estomas. A análise qualitativa dos comentários dos participantes sobre à totalidade do instrumento gerou alguns temas e subtemas conexos relacionados com complicações, intervenções omissas e as observações gerais sobre o processo de cuidados de estoma e a validação do processo da pesquisa. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A proposta para cuidados com estoma, definições e intervenções periestomais foram classificadas como válidas. Uma validação adicional documentando a pesquisa dos comentários dos participantes é necessária. Tendo em conta os resultados, complicações e intervenções não identificados na literatura adicionais foram anotadas e precisam ser explorados e pesquisado. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 30 – Apresentação da síntese do estudo 22

| ESTUDO 22 |
|---|
| Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. <i>Colorectal Dis.</i> 2007;9:834–8 ⁽¹⁰⁹⁾ . |
| OBJETIVO |
| Identificar a incidência de complicações do estoma em estomias complicadas no Reino Unido. |
| MÉTODO |
| Estudo Descritivo |
| RESULTADOS |
| Dos 256 serviços de cuidados de estoma de base hospitalar no Reino Unido, 93 (36%) participaram. Um total de 3970 estomas foram registrados, dos quais 1329 (34%) foram identificadas como problemáticas. A construção de ileostomia foi encontrado como sendo o estoma que gera a maioria dos problemas. Um estoma com protrusão <10 mm é um fator predisponente a complicações e os problemas são mais prováveis de ocorrer na sequência de um procedimento de emergência. Mais homens do que mulheres têm estomas formados, mas têm significativamente menos problemas e não há diferença significativa entre os diagnósticos subjacentes. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A protrusão do estoma, tipo de estoma e sexo do paciente são fatores de risco significativos identificados nesta auditoria. O IMC de paciente não afetou o resultado. Pacientes submetidos a um procedimento de emergência são mais propensos a ter um estoma problemático. A variação significativa de complicações de ileostomia em alça indica técnica cirúrgica como sendo o fator chave na formação do estoma e subsequente alteração da qualidade de vida para o paciente. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 31 – Apresentação da síntese do estudo 23

| ESTUDO 23 |
|--|
| Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. <i>Colorectal Dis.</i> 2006;9:559-61 ⁽¹¹⁰⁾ . |
| OBJETIVO |
| Determinar qual tipo de estoma está associada à uma menor taxa de complicações a longo prazo. |
| MÉTODO |
| Estudo retrospectivo. |
| RESULTADOS |
| Cento e trinta e dois pacientes foram considerados adequados para a análise. Os pacientes foram divididos em grupos, ileostomia em alça (44), colostomia em alça (77) e colostomia terminal (11). A média de idade foi de 68 anos e a média de acompanhamento foi de 4 meses. A taxa de complicação global foi de 60% e as complicações mais comum incluíram dermatite, hérnia paraestomal, vazamento e estenose. O estoma com a menor taxa de complicações foi de colostomia terminal. Idade < 68 anos foi significativamente associada com menos complicações. Indicação para cirurgia, procedimento de emergência, sexo, morbidade e local pré-operatório não foram fatores significativos. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Neste estudo de acompanhamento de longo prazo, colostomia terminal e pacientes mais jovens tiveram uma menor incidência de complicações. Um grande estudo prospectivo é necessário para confirmar esses resultados. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Foi elaborado um quadro que apresenta informações referentes aos artigos no **Apêndice 3**.

4.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE TESES E DISSERTAÇÕES.

Aplicado os critério de elegibilidade dos estudos encontrados no levantamento nos acervos de bibliotecas de universidades públicas do Estado de São Paulo, a presente revisão integrativa resultou em uma amostra de seis dissertações de mestrado.

No próximo quadro, observa-se a descrição das teses e dissertações, conforme o acervo da universidade, ano de defesa e título do trabalho, São Paulo - 2016.

Quadro 32 - Descrição das teses e dissertações que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo acervo da universidade, ano de defesa e título do trabalho, São Paulo - 2016

| NUMERO DO ESTUDO | ACERVO | ANO | TÍTULO DAS DISSERTAÇÕES | CIDADE |
|------------------|--------|------|--|----------------|
| 24 | USP | 2014 | As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal | Ribeirão Preto |
| 25 | Famema | 2014 | Percepção dos sentimentos de ser um portador de estomia intestinal relacionado ao tempo | Marília |
| 26 | USP | 2014 | Complicações de estomas intestinais e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial. | Ribeirão Preto |
| 27 | UNESP | 2008 | Condutas terapêuticas à pessoa com ostomia intestinal de um núcleo de assistência aos ostomizados (N A O). | Botucatu |
| 28 | USP | 2007 | Assistência de enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura. | Ribeirão Preto |
| 29 | USP | 2006 | Qualidade de vida do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon retal. | Ribeirão Preto |

Referindo as teses e dissertações, verificou-se apenas dissertações de mestrado que relatavam sobre o tema escolhido. Dessas dissertações, quatro adquiridas pelo acervo bibliográfico da Universidade de São Paulo (USP), uma do acervo da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e uma do acervo da Universidade de São Paulo (UNESP).

No quadro a seguir observa-se a descrição das dissertações que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o deliamento do estudo e nível de evidência.

Quadro 33 - Descrição das dissertações que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo o deliamento do estudo e nível de evidência, São Paulo - 2016.

| NÚMERO DO ESTUDO | DELINEAMENTO DO ESTUDO | NÍVEL DE EVIDÊNCIA |
|-------------------------|--|---------------------------|
| 24 | Quantitativo/Estudo descritivo | VI |
| 25 | Quantitativo/Estudo descritivo | VI |
| 26 | Qualitativo | VI |
| 27 | Quantitativo/Estudo clínico epidemiológico descritivo | VI |
| 28 | Quantitativo/Estudo descritivo | VI |
| 29 | Quantitativo/Revisão de Integrativa | I |

Verifica-se que das 6 (100%) dissertações encontradas 4 (66,6%) são estudos descritivos com 5 (83,3%) níveis de evidências VI.

Apresenta-se nos quadros 34 a 39 as sínteses das dissertações de mestrado que fazem parte da amostra desta revisão de literatura.

Quadro 34 – Apresentação da síntese do estudo 24

| ESTUDO 24 |
|--|
| Oliveira MS, Sonobe HM. As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014 ⁽⁷⁾ . |
| OBJETIVO |
| Descrever as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais demarcados e não demarcados, submetidos ao tratamento cirúrgico no ano de 2009 em um hospital universitário de ensino público. |
| MÉTODO |
| Estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo. |
| RESULTADOS |
| Do total de 70 prontuários analisados, a maioria pertencia ao sexo feminino. Houve um predomínio de 31 (44,3%) sem comorbidades, 46 (65,8%) diagnósticos oncológicos, 54 (77,1%) nunca antes submetidos à cirurgias intestinais, 56 (80%) cirurgias eletivas e 40 (57,1%) registros de tratamento adjuvantes. Em relação ao tipo de estoma predominou 46 (65,7%) de colostomias e 31 (44,3) definitivos. Do total 33(47,1) foram demarcados no pré-operatório e 37 (52,9%) não demarcados. Em relação às complicações de estomas, no G1 demarcados foram identificados 15 complicações sendo a hérnia paraestomal a mais frequente. No G2 não demarcados obtiveram 32 complicações sendo a dermatite a mais frequente. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Os pacientes demarcados apresentam um menor número de complicações em relação aos pacientes não demarcados no pré-operatório. Contudo, é necessário que se estabeleça correlações entre demarcação e os demais fatores de risco para ocorrência de complicações de estoma e pele periestoma, descrito na literatura, como idade, IMC, técnica cirúrgica, tipo de estoma e procedimentos eletivos. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 35 – Apresentação da síntese do estudo 25

| ESTUDO 25 |
|--|
| Vieira FS. Complicações de estoma e pele periestoma em pacientes em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014 ⁽⁴⁾ . |
| OBJETIVO |
| Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da clientela em um hospital universitário de ensino público; descrever a presença de fatores de risco descritos na literatura; analisar a presença de complicações de estoma e de pele para esta amostra. |
| MÉTODO |
| Estudo Quantitativo, descritivo e prospectivo. |
| RESULTADOS |
| Os dados evidenciaram distribuição semelhantes em relação ao sexo, média de idade de 56,2 anos, com maior número de neoplasias colorretais 31 (55,4%), normalidade de IMC 47 (83,9%), comorbidades 7 (12,5%), realização de quimioterapia adjuvante 15 (26,8%), cirurgia de grande porte 43(76,8%) e demarcação pré-operatória 43(76,8%) e 21 (37,5%) pacientes com complicações de estoma e pele periestoma. Do total de 43 (76,8%) demarcados 14 (32,6%) apresentaram complicações, enquanto que nos 13 (23,2%) não demarcados, 7 (53,8%) tiveram complicações. Quanto aos equipamentos coletores e adjuvantes 51 (91%) utilizaram bolsas 2 peças, drenável 51(91%), base flexível 31 (55,4%) cinto 40 (71,9%). |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Conclui-se que no seguimento ambulatorial desta clientela, há necessidades de avaliação periódica e sistematizada em relação ao autocuidado, indicação dos equipamentos coletores e adjuvantes com adaptação as necessidades dos fatores de risco para prevenção dessas complicações. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 36 – Apresentação da síntese do estudo 26

| ESTUDO 26 |
|---|
| Silva LEMP, Barbosa PMK. Percepção dos sentimentos de ser um portador de estomia intestinal relacionado ao tempo [dissertação]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2014 ⁽¹¹¹⁾ . |
| OBJETIVO |
| Compreender os sentimentos dos pacientes portadores de estomias que estão em acompanhamento especializado por mais de uma ano. |
| MÉTODO |
| Estudo qualitativo. |
| RESULTADOS |
| A análise possibilitou duas temáticas, a primeira, sentimentos de adaptação ao novo estilo de vida (relatos como conformismo, mudanças de pensamentos, naturalidade, não sentir-se incomodado, não ser um problema significativo, entre outros; e a segunda temática, apresentaram sentimentos de indignação, com não orientação, falta de profissionalismo, desconhecimento da cirurgia, sensação de impotência frente a mudança, falta de conhecimento, desumanização, preconceito, entre outros. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Diante dos resultados, infere que conhecer os sentimentos dos pacientes estomizados se faz necessário para compreendê-los de forma integral. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV |

Quadro 37 – Apresentação da síntese do estudo 27

| ESTUDO 27 |
|---|
| Pavan ECP, Dell'Acqua MCQ. Conduas terapéuticas à pessoa com estomia intestinal em um núcleo de assistência aos ostomizados (NAO) [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2008 ⁽¹¹²⁾ . |
| OBJETIVO |
| Identificar a porcentagem dos pacientes com condições para indicações de condutas terapêuticas como reconstrução do transito intestinal, a auto-irrigação intestinal pela colostomia e o segmento ambulatorial. |
| MÉTODO |
| Estudo clínico-epidemiológico quantitativo descritivo transversal. |
| RESULTADOS |
| De acordo com os resultados, observou-se o perfil dos usuários com estomia intestinal, sendo 51,3% são do sexo masculino; 83,4% brancos; 59,0% casados e 80,8% com escolaridade em ensino fundamental ou médio. A idade média foi de 61,30 anos com desvio padrão de 16,76. Cerca de 25% dos pacientes com estomia intestinal realizaram cirurgia em até 1 ano, 50% dos pacientes realizaram em até 3 anos e 25% são estomizados há mais de 10 anos. Em relação aos tipos de complicações, do total de 32 pacientes, 12 (15,4%) desenvolveram hérnia periestomal, 10 (12,8%) apresentaram prolapso de estoma e 10 (12,8%) dermatites periestomais. Após a avaliação final constatou-se que 28,2% das pessoas com estomia intestinal têm indicação para a cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal, sendo que, deste total 52,2% referiram que já estavam disponíveis para entrar em pré-operatório; 33,3% têm indicação para realizar o processo de auto-irrigação, sendo que 61,5% destas pessoas que atenderam aos critérios desejavam iniciá-lo conforme um planejamento já determinado e 38,5% permanecerão com seguimento ambulatorial por meio de consultas de enfermagem. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Este estudo avaliou as outras opções para o cuidado à pessoa estomizada que poderão de acordo com as indicações, escolher o mais adequado para suas vidas. No caso de complicações em estomas a melhor sugestão ocorreu no seguimento ambulatorial. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI |

Quadro 38 – Apresentação da síntese do estudo 28

| ESTUDO 28 |
|---|
| Kameo SY. Qualidade de vida do paciente com ostomia intestinal secundário ao câncer colo-retal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006 ⁽¹¹³⁾ . |
| OBJETIVO |
| Investigar a qualidade de vida de pacientes com estoma intestinal secundário ao câncer colorretal na cidade de Aracaju-Se. |
| MÉTODO |
| Estudo quantitativo descritivo exploratório. |
| RESULTADOS |
| Os instrumentos mostraram propriedades psicométricas satisfatórias quanto à consistência interna e validade do construto. Quanto às características sócio- demográficas e clínicas, 50% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 51,3 anos. Quanto à localização do tumor, 38,9% tumor de reto, seguida de cólon-retal 33,3% e cólon 27,8%. 83,3% apresentavam metástase e 16,7% não apresentavam. Em relação ao tipo de estoma, 72,2% tinham colostomia definitiva e 27,8% colostomia provisória. 77,8% dos pacientes apresentaram menos de um ano de estoma e 22,2% mais de um ano de estoma. A análise de qualidade de vida da amostra mostra para EQVF média de 52,3 (DP=1,40) para EQVF Geral. Para EORTC QLQ-C30, a média estado geral de saúde foi de 35,64 (DP=12,39). Foram estatisticamente significativos os resultados obtidos nas escalas: relações com outras pessoas, atividades sociais e desenvolvimento pessoal e realização. |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| Durante este estudo vários foram os problemas detectados no acompanhamento destes pacientes, com serviços desestruturados, onde o cliente sente-se inseguro quanto aos procedimentos de instalação e retirada do dispositivo e conteúdo do mesmo, profissionais despreparados, tanto pela sobrecarga de trabalho, quanto pelo próprio despreparo do profissional, falta de acompanhamento pelo enfermeiro, no pós-operatório, na colocação de bolsa de estoma intestinal, dentre outros. Portanto, esta nova condição “ser estomizado” e com câncer cólon-retal, explicita para os profissionais de saúde, o objetivo em conseguir um nível de satisfação e/ou adaptação à vida de cada paciente, que o faça se sentir adaptado, sempre com |

abordagem familiar, social e profissional.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA: VI

Quadro 39 – Apresentação da síntese do estudo 29

| ESTUDO 29 |
|---|
| Bezerra IM. Assistência de Enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007 ⁽⁶³⁾ . |
| OBJETIVO |
| Sintetizar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre assistência de enfermagem hospitalar aos estomizados intestinais no período de 2002 a 2006. |
| MÉTODO |
| Revisão Integrativa de Literatura |
| RESULTADOS |
| Obteve-se uma amostra de 22 artigos para análise. Os temas abordados foram categorizados em Cuidados de Enfermagem com 14 (63,6%) trabalhos científicos; autocuidado com 4 (18,2%), e complicações com 4(18,2%). |
| CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| A análise dos temas de pesquisa possibilitou identificar a necessidade de realização de pesquisas futuras abordando aspectos específicos como intervenções de enfermagem e estratégias de ensino, em todas as etapas do atendimento hospitalar, assim como a organização e dinâmica de atendimento da equipe de saúde hospitalar. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: I |

Foi elaborado um quadro que apresenta informações referentes as teses e dissertações no **Apêndice 4**.

4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DE LIVROS

Aplicado os critério de elegibilidade dos livros indicados por profissionais responsáveis por cursos de Estomaterapia nas Universidades do Estado de São Paulo, a presente revisão integrativa resultou em uma amostra de sete livros utilizados em curso de especializações.

No próximo quadro, observa-se a descrição dos livros, conforme a indicação de profissionais responsáveis pelos cursos de especialização em estomaterapia no Estado de São Paulo, seguidos pelo número do estudo, universidade que indicou, ano de publicação, título do livro e editora, São Paulo - 2016.

Quadro 40- Descrição dos livros que compõem a amostra da revisão integrativa, segundo as indicações de professores responsáveis por cursos de estomaterapia, ano de edição e título, São Paulo - 2016

| NÚMERO DO ESTUDO | INDICADO | ANO | TÍTULO DO LIVRO | EDITORA |
|-------------------------|------------------------------|------------|--|----------------|
| 30 | UNITAU, UNICAMP, FMABC E USP | 2015 | Assistência em estomaterapia cuidando de pessoas com estomias. | Atheneu |
| 31 | UNITAU | 2014 | Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. | Yendis |
| 32 | USP | 2014 | Curativos estomias e dermatologia | Martinazi |
| 33 | UNITAU | 2012 | Tratado de coloproctologia | Atheneu |
| 34 | UNICAMP | 2010 | Atualidades em clínica cirúrgica. | Atheneu |
| 35 | FMABC | 2007 | Feridas: fundamentos e atualização em enfermagem | Yendis |
| 36 | UNICAMP, UNITAU E USP | 2006 | Estomaterapia: Temas básicos em estomas. | Cabral |

Com relação aos livros do total de 7 (19,4%), notou-se que 2 (5,5%) deles são utilizados em três ou mais grades de cursos de especialização em estomaterapia. Quanto ao conteúdo são livros específicos do tema, abordam diversos assuntos relacionados a estomas.

Nesta revisão, identificou-se que as publicações relacionadas à questão do estudo concentraram-se no ano de 2014 com nove estudos, 2007 com cinco estudos, 2006 e 2010 com 4 estudos respectivamente e 2008, 2011, 2012 e 2015 três estudos e finalizando 2013 com dois estudos.

Apresenta-se nos quadros 41 a 47 as sínteses dos livros que fazem parte da amostra desta revisão de literatura.

Quadro 41 – Apresentação da síntese do estudo 30

| ESTUDO 30 |
|--|
| <p>Matos D, Cesareti UR. Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: Aspectos preventivos e terapêuticos. In: Santos VLCG, Cesareti UR. Assistência em estomaterapia cuidando de pessoas com estomias. Edição. São Paulo: Atheneu; 2015. p195-214⁽⁴⁷⁾.</p> |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| <p>Complicações precoces e tardias; Estomas intestinais e urinários; Aspectos preventivos e terapêuticos.</p> |
| COMPLICAÇÕES |
| <p>Complicações precoces: sangramento, isquemia, necrose, edema, retração e separação mucocutânea. Complicações tardias: retração, estenose, prolapso, hérnia paraestomal e disfunção do estoma. Complicações de pele: Dermatite periestoma, varizes, lesão pseudoverrucosas, neoplasia maligna.</p> |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Quadro 42 – Apresentação da síntese do estudo 31

| ESTUDO 31 |
|--|
| Paula MAB, Cesaretti IUR. Como cuidar de pessoas com estomias complicadas. In: Paula MAB, Cesaretti IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. 1 São Caetano do Sul: Yendis; 2014.p. 169-81 ⁽¹⁶⁾ . |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| Fatores de risco para complicações; Principais complicações que ocorrem nas estomias. |
| COMPLICAÇÕES |
| Necrose, Separação mucocutânea, prolapso de alça, retração, estenose , hemorragia, edema, hérnia paraestomia e dermatite periestomia. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Quadro 43 - Apresentação da síntese do estudo 32

| ESTUDO 32 |
|--|
| Carvalho VMJ, Cardoso JRS. Cuidados com dermatites periestomais. In: Kakiyama CT. Curativos, estomias e dermatologia. 3ª ed São Paulo: Martinazi; 2014.p. 487-94 ⁽⁵³⁾ . |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| Definições e tipos de dermatites; Etiologia; Assistência de enfermagem. |
| COMPLICAÇÕES |
| Dermatite alérgica, dermatite por trauma mecânico, dermatite por infecção e dermatite por radioterapia ou quimioterapia. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Quadro 44 – Apresentação da síntese do estudo 33

| ESTUDO 33 |
|--|
| Seid VE, Araujo SEA, Campos FGCM. Técnicas e complicações. In: Campos FGCM. Tratado de Coloproctologia. São Paulo: Atheneu; 2012.p. 511-27 ⁽⁴⁰⁾ . |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| Indicações de estoma; Alterações fisiológicas; Fluxo, volume e trânsito; Balanço hidroeletrólítico; Flora e Nutrição; Técnicas cirúrgicas; Complicações. |
| COMPLICAÇÕES |
| Dermatite periestoma, estoma de alto fluxo, nefrolitíase, obstrução intestinal, isquemia, hemorragia e hérnia paraestomal. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Quadro 45 – Apresentação da síntese do estudo 34

| ESTUDO 34 |
|--|
| Ricarte MC, Silveira NI. Atuação do enfermeiro na assistência à pessoa com estomia intestinal. In: Fraga GP, Aquino JLB, Andreollo NA. Atualidades em clínica cirúrgica intergastro e trauma. São Paulo: Atheneu; 2010.p. 183-98 ⁽³⁷⁾ . |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| Indicação para estoma; Tipos de estomas; Assistência no pré-operatório; Demarcação; Assistência no pós-operatório; Avaliação do estoma e pele periestoma; Equipamentos e dispositivos; Complicações. |
| COMPLICAÇÕES |
| Complicações precoces: Edema e necrose Complicações tardias: Hérnia paraestomal. Complicações de pele: Dermatite periestoma. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Quadro 46 – Apresentação da síntese do estudo 35

| ESTUDO 35 |
|---|
| Schwartz, MP. Estomias. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles, IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Caetano do Sul - SP: Yendis ; 2007.p. 262-74 ⁽³⁴⁾ . |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| <p>Tempo de permanência com a estomia;</p> <p>Tipo de procedimento cirúrgico realizado;</p> <p>Localização do estoma;</p> <p>Cuidados pré-operatórios;</p> <p>Demarcação;</p> <p>Cuidados pós-operatórios;</p> <p>Dispositivos, equipamentos e acessórios;</p> <p>Complicações mais frequentes.</p> |
| COMPLICAÇÕES |
| <p>Complicações precoces: isquemia, necrose, retração e separação mucocutânea.</p> <p>Complicações tardias: prolapso, hérnia paraestomal e estenose.</p> <p>Complicações de pele: Dermatite periestoma, foliculite, edema e abscesso.</p> |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Quadro 47 - Apresentação da síntese do estudo 36

| ESTUDO 36 |
|---|
| Scianni RC, Cesaretti IUR, Paula MAB. Estomas complicados: como cuidar. In: Cesaretti, IUR; Paula MAB, Paula PR. Estomaterapia temas básicos em estomas. São Paulo: Cabral; 2006.p. 137-58 ⁽¹¹⁴⁾ . |
| ASSUNTOS ABORDADOS |
| Definições e classificação de complicações; Assistência de enfermagem. |
| COMPLICAÇÕES |
| Complicações precoces: isquemia, necrose, retração, edema e separação mucocutânea. Complicações tardias: retração, prolapso, hérnia paraestomal e estenose. Complicações de pele: Dermatite periestoma. |
| NÍVEL DE EVIDÊNCIA: Não Aplica |

Foi elaborado um quadro que apresenta informações referentes aos livros no **Apêndice 5**.

4.4 CATEGORIAS E ANÁLISE DA REVISÃO INTEGRATIVA

Por meio de um banco de dados construído pelo programa Windows Excel, foi realizado pela própria autora, a análise da revisão que permitiu organizar os dados de acordo com conteúdos de cada estudo.

Como resultado apresenta-se a frequência e porcentagem destas ocorrências, conforme se ilustra nas tabelas a seguir.

Nesta fase da revisão integrativa utilizou-se a amostra total de 36 (100%) estudos compostos por artigos 23 (63,8%), teses 0 (0%), dissertações 6 (16,6%) e livros 7 (19,4%).

Apresenta-se a seguir a distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo o ano de publicação, país, idioma e tipo de estudo conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo o ano de publicação, país, idioma e tipo de estudo referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016

| Variáveis | N(36) | % |
|------------------------------|-------|------|
| Período de publicação | | |
| 2006 a 2010 | 16 | 44,4 |
| 2011 a 2016 | 20 | 55,6 |
| País | | |
| Brasil | 16 | 44,4 |
| EUA | 12 | 33,3 |
| Países da Europa | 4 | 11,1 |
| Países da Ásia | 3 | 8,3 |
| África | 1 | 2,8 |
| Idioma | | |
| Inglês | 20 | 55,6 |
| Português | 16 | 44,4 |
| Tipo de estudo | | |
| Quantitativo | 25 | 69,4 |
| Qualitativo | 3 | 8,3 |
| Capítulo de livro | 7 | 19,4 |
| Misto | 1 | 2,8 |

A tabela 1 demonstra que nos últimos cinco anos os estudos sobre complicações em estomas apresentam-se com mais evidência, entre o período de 2011 a 2016 do total de 36 (100%) cerca de 20 (55,6%) foram apresentados e publicados. Neste mesmo contexto, observa-se o Brasil com 16 (44,4%) e os Estados Unidos com 12 (33,3%) e são os países que mais produziram estudos

científicos relacionados à temática. Quanto ao idioma, o Inglês permanece como o mais frequente com 20 (55,6%) dos estudos publicados. E o tipo de estudo mais utilizado pelos pesquisadores foi a metodologia quantitativa com 25 (69,4%).

Na tabela 2 trata-se da distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo local de trabalho, profissão e a titulação do primeiro autor

Tabela 2- Distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo local de trabalho, profissão e a titulação do primeiro autor referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016

| Variáveis | N(36) | % |
|--------------------------|-------|------|
| Local de trabalho | | |
| Universidade | 17 | 47,2 |
| Hospital | 10 | 27,8 |
| Universidade e Hospital | 5 | 13,8 |
| Outros | 4 | 11,2 |
| Profissão | | |
| Médico | 19 | 52,8 |
| Enfermeiro | 17 | 47,2 |
| Titulação | | |
| Pós-Doutor | 4 | 11,1 |
| Doutor | 9 | 25 |
| Mestre | 7 | 19,4 |
| Especialistas | 16 | 44,4 |

A tabela 2 caracteriza o perfil do primeiro autor dos estudos encontrados nesta revisão integrativa e do total de 36 (100%) evidencia-se que 17 (47,2%) atuam em instituições de ensino, tem a medicina como formação primária em 19 (52,8%) dos estudos e 16(44,4%) são especialista na área cirúrgica.

Na Tabela 3 observa-se a distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo tipo de publicação, descrição do estudo e nível de evidência

Tabela 3- Distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo tipo de publicação, descrição do estudo e nível de evidência referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016

| Variáveis | N(36) | % |
|----------------------------|-------|------|
| Publicação | | |
| Artigo | 23 | 63,8 |
| Livro | 7 | 19,4 |
| Dissertação e tese | 6 | 16,6 |
| Descrição do estudo | | |
| Estudo descritivo | 18 | 50 |
| Capítulo de livro | 7 | 19,4 |
| Estudo de coorte | 5 | 13,9 |
| Revisão sistemática | 2 | 5,6 |
| Outros | 4 | 11,2 |
| Nível de evidência | | |
| VI | 17 | 47,2 |
| Não aplica | 11 | 30,5 |
| IV | 5 | 13,9 |
| I | 2 | 5,5 |
| V | 1 | 2,8 |

A tabela 3 apresenta que do total de 36 (100%) dos estudos 23 (63,8%) foram publicados como artigo em revistas de saúde, e o principal tipo de estudo abordados nesta revisão foi o estudo descritivo com 18 (50%), classificando o nível de evidência mais apresentado com 17 (47,2%), o nível seis.

Na Tabela 4 demonstra-se a distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo demarcação constatada, tipo de cirurgia, técnica cirúrgica e indicação para a realização do estoma.

Tabela 4- Distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo demarcação constatada, tipo de cirurgia, técnica cirúrgica e indicação para a realização do estoma referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016

| Variável | N(36) | % |
|---------------------|-------|------|
| Demarcação | | |
| Sim | 26 | 72,2 |
| Não consta | 10 | 27,8 |
| Cirurgia | | |
| Emergência | 9 | 25 |
| Eletiva | 3 | 8,3 |
| Não Consta | 24 | 66,7 |
| Procedimento | | |
| Em alça | 11 | 30,5 |
| Terminal | 7 | 19,4 |
| Outros diversos | 11 | 30,5 |
| Não consta | 7 | 19,4 |
| Indicação | | |
| Câncer | 6 | 18,2 |
| Câncer colorretal | 5 | 15,2 |
| Câncer de Bexiga | 4 | 12,1 |
| Câncer de reto | 2 | 6,1 |
| Não consta | 19 | 48,5 |

A tabela 4 caracteriza que do total de 36 (100%) estudos, 26 (72,2%) relatam sobre a importância do planejamento do estoma e da demarcação. Porém, nem todos os estudos desta revisão integrativa constam que foi realizado a demarcação no período pré-operatório. Dentre o tipo de cirurgia, não se pode classificar como eletiva ou de emergência, pois houve uma lacuna de 24 (66,7%) não sendo declarado a variável tipo de cirurgia. Com relação à técnica cirúrgica, o procedimento mais realizado em 11 (30,5%), foi da confecção em alça de

ileostomias e colostomias. Sobre as indicações, também não foi possível classificá-las, pois grande parte dos estudos 19 (48,5%) não constataram uma indicação para a realização do estoma.

Na Tabela 5 apresenta-se a distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo tipo de estoma, complicações precoces, tardias e cutâneas

Tabela 5- Distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo tipo de estoma, complicações precoces, tardias e cutâneas referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016.

| Variável | N(36) | % |
|-----------------------|-------|------|
| Tipo de estoma | | |
| Ileostomia | 29 | 80 |
| Colostomia | 27 | 75 |
| Urostomia | 11 | 30,6 |
| Complicações Precoces | | |
| Complicações tardias | 32 | 89 |
| Complicações Cutâneas | 26 | 74,3 |

Na tabela 5 observa-se do total de 36 (100%) que em vários estudos existiu a possibilidade de se referir aos três tipos de estomas, ou seja, pode haver mais ocorrências em um só estudo. Com isso, relacionado ao tipo de estoma, o mais estudado com relação às complicações, foram as Ileostomias em 29 (80%).

Segundo a apresentação das complicações verificou-se também que os três tipos de complicações estão inseridas juntas em estudos que compõe esta revisão integrativa, sendo as complicações tardias mais apresentadas com 32 (89%), seguida pelas complicações cutâneas com 26 (74,3) e a menos apresentada as complicações precoces com 23 (63,9%).

Na tabela 6 apresenta-se a distribuição dos estudos desta revisão integrativa, segundo os tipos de complicações seguido da complicação mais apresentada dentro das categorias.

Tabela 6- Distribuição dos estudos desta revisão integrativa segundo as frequências dos tipos de complicações seguido da complicação mais apresentada dentro das categorias referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016

| Complicações Precoces | N (23) | % |
|------------------------------|---------------|----------|
| Apresenta | 23 | 63,9 |
| Necrose | 9 | 39,1 |
| Sangramento | 4 | 17,3 |
| Edema | 3 | 13,1 |
| Retração | 3 | 13,1 |
| Outros | 4 | 17,3 |

| Complicações tardias | N (32) | % |
|-----------------------------|---------------|----------|
| Apresenta | 32 | 89 |
| Hérnia Paraestomal | 17 | 53,12 |
| Prolapso | 11 | 34,4 |
| Retração | 4 | 12,5 |

| Complicações Cutâneas | N (26) | % |
|------------------------------|---------------|----------|
| Apresenta | 26 | 74,3 |
| Dermatite | 15 | 57,7 |
| Irritação de pele | 5 | 19,2 |
| Infecção do sítio cirúrgico | 3 | 11,5 |
| Outros | 3 | 11,5 |

Nesta tabela os números de estudos e frequências estão relacionados ao numero de ocorrências da amostra desta revisão integrativa.

Desta forma, as complicações precoces estão presentes em 23 (63,9%) dos estudos, sendo a necrose com 9 (37,5%). As complicações tardias estão presentes em 32(89%) dos estudos e delas a mais citada é a hérnia paraestomal com 17 (53,12%). As complicações cutâneas estão presentes em 26 (74,3%) dos

estudos e a dermatite 15 (57,7%) é a mais comum nos casos de complicações de pele.

Na tabela 7 observa-se a distribuição dos estudos segundo a categorização classificada dos estudos.

Tabela 7- Distribuição dos estudos da revisão integrativa, segundo as categorias do estudo referentes à artigos, teses, dissertações e livros. São Paulo - 2016

| Categorias | N(36) | % |
|--------------------------|--------------|----------|
| Tipos de complicações | 15 | 41,6 |
| Assistência profissional | 11 | 30,5 |
| Fatores de risco | 7 | 19,4 |
| Qualidade de Vida | 3 | 8,3 |

Na tabela 7 demonstra-se que do total de 36 (100%) dos estudos 15 (41,6 %) abordam os vários tipos de complicações que os pacientes estomizados enfrentam no decorrer da vida. Outra categoria que se destaca é a assistência profissional com 11(30,5%), enfocando a importância do acompanhamento profissional para esses pacientes. Em 7 (19,4%) dos estudos abordam sobre fatores de risco para o desenvolvimento de complicações de estomas e 3 (8,3%) trata o tema de qualidade de vida dos pacientes estomizados com complicações em estomas.

Desta forma, a análise dos estudos permitiu distribuí-los em quatro categorias conceituadas, a saber:

❖ **Tipos de complicações**

Classificou-se nesta categoria os estudos que abordam com exclusividade sobre os diversos tipos de complicações, sendo elas precoces, tardias, cutâneas, psicológicas e nutricionais, incluindo as técnicas cirúrgicas que o paciente é submetido na confecção do estoma.

❖ **Assistência multiprofissional**

Nesta categoria selecionou-se os estudos que dão ênfase à assistência ao paciente estomizado portador de complicações com estratégias de cuidados oferecidos pelos diferentes tipos de profissionais, sendo os profissionais mais atuantes em relação ao tema do estudo desta revisão integrativa o médico e o enfermeiro.

❖ Fatores de risco

Inclui-se nesta categoria todos os estudos que referem-se aos fatores de riscos relacionados à complicações em estomas. Dentre eles as cirurgias de emergência, falta da demarcação do estoma no período pré-operatório, obesidade, idade e comorbidades.

❖ Qualidade de vida

Nesta categoria identificou-se os estudos que abordam como objetivo principal a qualidade de vida dos pacientes estomizados com complicações.

Essas categorias já definidas anteriormente são os temas propostos para a discussão desta revisão integrativa de literatura.

5 DISCUSSÃO

As complicações em estomas ocorrem por diversas causas que se desenvolvem a partir da própria confecção ou durante à convivência com o estoma. São classificadas como precoces e tardias, conforme o período em que se apresentam.

A discussão dos resultados foi realizada nas etapas referentes ao objetivo da revisão integrativa, ou seja, com os artigos, teses, dissertações e livros respectivamente em quatro seções: Complicações em estomas, Assistência profissional a pacientes estomizados, Fatores de risco para complicações em estomas e Qualidade de vida, conforme apresenta a tabela 7.

5.1 DISCUSSÃO DOS ARTIGOS

Pelos artigos incluídos nesta revisão integrativa observa-se que a grande prevalência dos autores são de profissionais médicos com 17 (73,9%) dos artigos e outros 6 (26%) escritos por enfermeiros.

Ao analisar todos 23 (100%) dos artigos avaliados, verificou-se que, a maioria tende a estudar as complicações em estomas por serem uma ocorrência advinda em grande parte dos procedimentos cirúrgicos.

O número de artigos encontrados mostram que existem poucos estudos relacionados ao tema de complicações e está concentrado na literatura internacional produzidos em sua maior parte, com 12 (52,2%) artigos, no Estados Unidos da América.

Diante dos resultados desta revisão integrativa constatou-se que o nível de evidência desta produção de artigos, em sua maioria 13 (56,5%), são classificados com o nível VI. O que demonstra que é necessário a produção de trabalhos científicos com maiores níveis de evidências. Também ressalta-se a importância das publicações em revistas especializadas por tratar-se de um assunto específico⁽⁹²⁾.

Consta-se que a maior parte 15 (65,2%) das publicações de artigos relatam a importância da demarcação antes da confecção do estoma, mas em diversas situações esta informação é somente citada um como planejamento e não descreve a técnica de demarcação do estoma^(30, 45).

As informações levantadas sobre a cirurgia, sendo elas classificadas como eletiva ou de emergência, houve uma lacuna de 15 (65,2%) nesta perspectiva do presente estudo de revisão integrativa, pois na maior parte dos artigos não encontrou-se esta importante informação^(44, 94).

Visto que, um estudo descritivo exploratório, realizado em Terezina-PI, com relação à internação, a maioria dos pacientes entrevistados (84,21%) deu entrada no hospital em caráter de emergência, enquanto que apenas uma pequena parcela (15,79%) realizou a cirurgia em caráter eletivo. Porém, o tipo de internação está diretamente relacionado com as causas que motivaram os estomas⁽¹¹⁵⁾.

Entretanto, com relação ao tipo de procedimento cirúrgico os mais encontrados com 12 (52%) na amostra de artigos desta revisão são as técnicas em alça, sejam em ileostomias ou colostomias.

Quanto ao local, o músculo reto-abdominal é o escolhido pelos cirurgiões para confecções dos estomas por fornecer apoio muscular, reduzir o risco de complicações tardias relativas à prolapso e hérnia periestomal⁽¹¹⁶⁾.

Sobre as indicações para se realizar estomas existem várias causas para que este tipo de procedimento seja realizado, como obstruções intestinais, perfuração do cólon, traumas, fístulas, entre outras já reportado neste estudo^(26, 34). Segundo os resultados desta revisão, houve outra lacuna de 11 (47,8%) neste sentido, pois a maior parte dos artigos não descreveram esta informação.

Pela literatura, observa-se que a grande maioria das indicações para estomas são derivadas de diversos tipos de câncer, seja no sistema digestório ou no sistema urinário^(44, 45, 94, 46).

Como já descrito nesta revisão integrativa, a taxa de incidência de complicações em estomas variam de 21 a 60%⁽³⁰⁾.

Assim, a seguir serão discutidas cada categoria encontrada, ou seja, a separação dos artigos pelos tipos de temas abordados na revisão integrativa. Conforme conceituadas na pagina 137 são: **tipos de complicações, assistência multiprofissional, fatores de risco e qualidade de vida.**

Sobre complicações em estomas, os artigos que estão direcionados a este tema são os **estudos 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 15 e 17**. Do total de 23 (100%) artigos em 11 (47,8%) considera-se as complicações nas diferentes proporções do intestino, assim como derivações intestinais e urinárias com estratégias para prevenir ou tratá-las^(26, 30, 43, 45, 94, 95, 96, 98, 99, 103, 105).

Os **estudos 1, 9, 11 e 19**, ou seja, em 4 (17,3%) se referem as derivações urinárias, ou seja, atribuem as complicações que mais ocorrem nos estomas confeccionados no sistema urinário^(94, 99, 100, 107).

Nos resultados desta revisão integrativa, observa-se que do total de 23(100%) apenas 4(17,3%) das complicações em estomas ocorrem em derivações urinárias.

Na literatura as complicações de estomas em derivações urinárias geralmente se apresentam no período de longo prazo, encontradas principalmente em desvio continente urinário cutâneo e conduto ileal, em 60% dos casos⁽⁹⁴⁾.

Dentre as complicações encontradas nos estomas urinários existem a deteriorização da função renal, disfunção miccional e complicações relacionadas ao estoma como estenose, hérnia paraestomal e estenose ureteroentérico. Também encontra-se complicações relacionadas ao intestino como obstrução do intestino, formação de fístula, perfuração da neobexiga, complicações metabólicas (diminuição da vitamina B12 e acidose), infecciosas como ITU e pielonefrite⁽⁹⁴⁾.

Nos resultados sobre complicações relacionadas às derivações urinárias mais encontradas 4 (17,3%) nesta revisão integrativa foram as dermatites, hérnias paraestomais e estenoses.

O autor do **estudo 11** apresenta um estudo de coorte com 213 (100%) pacientes submetidos a cistectomia, com média de 15 anos de acompanhamento, em média de 2,3 complicações por paciente. As complicações intestinais foram as mais comuns 20,3%, seguido por complicações renais 20,3%, complicações infecciosas 15,3%, complicações relacionadas ao estoma 15,4% e cálculos renais 15,3%⁽¹⁰⁰⁾.

Nos dois **estudos, 1 e 19**, ainda sobre derivações urinárias, observa-se que as complicações mais apresentadas estão relacionadas ao estoma, sendo a principal complicação, a hérnia paraestomal^(94, 107).

Todos os autores que abordaram os temas relacionados às derivações urinárias mencionaram a importância do acompanhamento do cirurgião, a longo prazo, para detectar a presença de complicações e repará-las. Na maioria das vezes a forma de reparo é terapêutico e em poucos casos é necessário a realização de procedimentos cirúrgicos^(94,100,107).

Os **estudos 5, 8, 10, 12 e 17** referem-se a complicações em estomas intestinais. Por esses artigos observa-se que as principais complicações precoces

correspondem à necrose, sangramento, hemorragia, separação mucocutânea e retração; e as principais complicações tardias são hérnia paraestomal, prolapso, retração, obstrução e dermatite irritativa^(26, 30, 43, 45,105).

Um estudo desmonstra que 34,2% dos casos referem-se a complicações precoces, dentre a complicação mais comum foi a retração, ocorrendo em 21 (30,4%) casos, seguida de necrose em 8(11,6%) e necrose de pele e 7(10,1%) casos⁽⁴⁴⁾. Esses dados confirmam os resultados desta revisão integrativa, que de 23 (100%) das complicações precoces as mais apresentadas foram necrose 9 (39,1%) e sangramento 4 (17,3%), assim como as complicações tardias 32(100%) mais presentes foram hérnia paraestomal 17 (53,12%) e prolapso 11 (34,4%).

Os estomas intestinais podem ser de caráter temporário ou definitivo⁽⁶⁾. Segundo o **estudo 10** os estomas definitivos são criados quando o procedimento restaurador não é possível em casos de câncer, Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e doença de Crohn⁽⁴⁵⁾.

Nos resultados desta revisão, não foi possível diferenciar os tipos de estomas encontrados nos artigos, se temporários ou definitivos, pois 22 (95,6%) dos estudos o autor não explicitou esta variável. Sabe-se que os estomas definitivos são aqueles que não é possível a reconstrução do trajeto intestinal ou urinário⁽¹⁸⁾.

Nos **estudos 5, 10 e 12** os autores descrevem sobre a importância da técnica cirúrgica adequada ao paciente para a redução de chances de complicações. As cirurgias de emergências são mais propensas a gerar complicações pós-operatórias, pois nesta situação não há possibilidades de planejamento do estoma com a demarcação^(26, 43, 45).

Nos resultados desta revisão integrativa ficou claro que houve uma limitação nos dados em relação ao caráter de tipo de cirurgia (eletiva/ emergência), pois em 24 (66,7%) de 36 (100%) dos estudos não havia relato sobre este assunto e em 9 (25%) dos estudos foram cirurgias de emergência encontradas na literatura^(43, 98).

As técnicas mais apresentadas para ileostomias são em alça, ileostomia terminal e laparoscopia. As técnicas para colostomias são colostomia terminal, em alça, em duas alças, laparoscopia, colostomia bolha Turnbull e Hartmann^(26, 45).

No **estudo 17**, verifica-se que em uma amostra 276 (100%) confecções de estomas, 73 (26,44%) deles eram temporários e 203 (73,5%) definitivos. O estoma

mais realizado foi a colostomia terminal 181 (21,2%), sendo o estoma temporário mais comum a ileostomia em alça 33 (3,9%) e o estoma definitivo mais comum foi a colostomia terminal 156 (18,3%). A incidência de complicações foi de 21 casos (7,6%), sendo a colostomia em alça (9,1%) e a ileostomia em alça (9,1%) os estomas com maior número de complicações. As complicações mais apresentadas neste estudo foram prolapso, necrose e estenose⁽¹⁰⁵⁾.

Estenose, prolapso e hérnia paraestomal são consideradas complicações tardias e geralmente se apresentam após três meses de pós-operatório, porém o prazo recomendado para a reconstrução dos estomas temporários são de 8 a 12 semanas⁽⁴³⁾.

Os **estudos 8 e 17** descrevem os tipos de complicações mais comuns e as possíveis terapêuticas existentes para repará-las. Sobre a hérnia paraestomal as causas descritas pela literatura são: posicionamento do estoma ao lado do músculo reto abdominal e não sobre o músculo, posicionamento do estoma sobre a incisão cirúrgica e a confecção de túnel parietal muito extenso. As alternativas para reparação são oferecidas conforme a dimensão da hérnia. Falhas consideradas pequenas podem ser reparadas por sutura direta, ressecção da colostomia, reparo da parede abdominal e rematuração do estoma. Em casos de falhas de grandes dimensões são reparados pela colocação da malha profilática sintética^(30, 105).

Ainda observa-se **nos estudos 8 e 17** sobre as complicações, a existência do prolapso requer alguns cuidados com o paciente na escolha do dispositivo coletor, bolsas de duas peças não é indicado para este tipo de paciente, pois outra complicação pode surgir, a isquemia ou necrose. Para a reparação é necessário a fixação da alça intestinal e a incisão deve ser feita na mucosa e não na pele^(30,107).

Os **estudos 3, 4, 7 e 15** dão exclusividade as complicações relacionadas as ileostomias e referem-se também as complicações que ocorrem na reconstrução, por anastomose^(95, 96, 98,103).

As diferenças anatomofisiológicas entre a ileostomia e a colostomia, influenciam diretamente no autocuidado. O ileostomizado necessita realizar o esvaziamento com maior frequência e a troca do equipamento coletor para evitar extravasamento de fezes líquidas e alcalinas, que pode resultar em dermatites. O desequilíbrio hidroeletrolítico e a falta de nutrientes também são mais comuns em pacientes ileostomizados, pois a absorção fica limitada ao intestino delgado.

Segundo a literatura, as ileostomias possuem uma maior taxa de complicações comparada às colostomias^(26, 104).

No **estudo 15** observa-se que as principais complicações relacionadas a ileostomias são escoriações de pele 38 (21,1%), retração 12 (6,6%), estenose 8 (4,4%) e prolapso 8 (4,4%)⁽¹⁰³⁾.

Nos dados do **estudo 3** observou-se que as complicações de anastomose ocorreram em 40% dos pacientes portadores de câncer, sendo a complicação do íleo e a infecção da ferida as mais frequente, seguido de sangramento e colite pseudomembranosa⁽⁹⁵⁾.

Neste mesmo estudo, o autor relata que o atraso do fechamento de um estoma pode aumentar os riscos de complicações, principalmente nas infecções de feridas e colites⁽⁹⁵⁾.

Essas complicações relacionadas à ferida e à ileostomia afetam o recebimento de quimioterapia adjuvante, principalmente com relação ao atraso na iniciação. Esta é uma preocupação importante, uma vez protelar a quimioterapia adjuvante por mais de 2 meses nos pacientes portadores de câncer do cólon em estágio III associa-se a uma mortalidade mais elevada⁽⁴⁾.

No **estudo 7** o autor investigou complicações relacionadas com o estoma, fechamento do estoma e o estado nutricional do paciente. Observa-se que os fatores de risco pré-existentes, como doenças cardiovasculares e pulmonares, problemas hepáticos e desnutrição contribuem para o desenvolvimento de complicações. Sendo a desnutrição pré-operatória um fator de risco que acarreta possível morbidade perioperatória e até mesmo a mortalidade. Embora muitos fatores de risco pré-operatórios não possam ser corrigidos, a desnutrição é potencialmente reversível por meio do suporte nutricional adequado⁽⁹⁸⁾.

A desnutrição na cirurgia gastrointestinal é tipicamente causada pela diminuição da ingestão oral de alimentos, caquexia relacionada ao tumor, capacidade digestiva prejudicada devido à ressecção intestinal, obstrução do trato gastrointestinal, doenças crônicas pré-existentes e fatores socioeconômicos. Os idosos e os portadores de deficiência estão em uma classe de risco de desenvolver desnutrição⁽⁹⁸⁾.

Segundo o estudo existem três opções terapêuticas para as complicações relacionadas com o estoma, sendo o primeiro os cuidados conservadores, o segundo a confecção de um novo estoma ou a terceira com o fechamento do

estoma. Com exceção na presença de complicações como estrangulamento ou hérnia parastômica com obstrução proximal que requerem cirurgia de emergência⁽⁹⁸⁾.

Nesta revisão optou-se por separar as complicações como precoces, tardias e cutâneas. Observa-se nos artigos estudados que as complicações estão sempre classificadas como precoces e tardias.

Nas buscas efetuadas pela estratégia de busca nos bancos de dados não se encontrou artigos que se referissem à complicações psicológicas e sexuais. Embora os descritores escolhidos possam ter influenciado nesses resultados, faz-se necessário mencionar este tipo de complicação que é inerente na vida do paciente estomizado.

Na literatura, ao procurar sobre complicações psicológicas dos estomizados, este assunto relaciona-se com a qualidade de vida do paciente. Por esse motivo será discutido na categoria referente ao tema qualidade de vida dos estomizados encontrado nesta revisão integrativa.

Sobre a categoria **Assistência Multiprofissional** para pacientes estomizados, segundo os artigos de revista eletrônica encontrados nesta revisão integrativa, destacam-se os **estudos 11, 13, 16, 20 e 21**^(8, 100, 101, 104, 108).

Na literatura, observa-se que é necessário o acompanhamento profissional dos pacientes estomizados por longo prazo. Este serviço geralmente é realizado pela equipe de saúde, composta pelo médico cirurgião, enfermeiro, nutricionista e psicólogo⁽²⁴⁾.

Segundo a Lei 400 de 16 de novembro de 2009, os pacientes estomizados tem direito a ser atendido pelo Sistema Único de Saúde em duas vertente. A primeira na atenção básica com ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações das estomias e a segunda nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas com ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais⁽²⁴⁾.

Nesta mesma lei, estipula-se que na atenção básica o paciente portador de estoma tem o direito de ser atendido no mínimo pelo médico, enfermeiro e psicólogo. E na atenção especializada o serviço deve dispor de um médico (médico clínico ou proctologista ou urologista ou gastroenterologista, cirurgião geral ou

cirurgião pediátrico ou cancerologista cirúrgico ou cirurgião de cabeça e pescoço ou cirurgião torácico), um enfermeiro (com capacitação em assistência às pessoas com estoma), um psicólogo, um nutricionista e um assistente social para atender as necessidades dos pacientes estomizados⁽²⁴⁾.

É importante recordar que os pacientes devem ser orientados em todos os períodos de seu tratamento, seja no transoperatório.

No pré-operatório a assistência profissional envolve o planejamento do estoma, a demarcação, o esclarecimento do processo a ser vivenciado, aconselhamentos, ensino e educação dos procedimentos de troca de dispositivos e autocuidado^(6, 45).

Para o enfermeiro, uma ferramenta importante é a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) que orienta a avaliação e a proposição de intervenções, visando o processo de reabilitação. Há o levantamento das necessidades e principais dificuldades apresentadas pelos estomizados durante a consulta de enfermagem, são elaborados os diagnósticos e as prescrições de enfermagem, com a definição das metas e objetivos propostos para minimização dos problemas⁽¹¹⁷⁾.

Deste modo, o enfermeiro acompanha a evolução e o prognóstico de seu paciente, reavaliando continuamente o surgimento de novas demandas. Logo, todos os aspectos que são relatados pelos indivíduos e observados pelo examinador durante o histórico de enfermagem são abordados durante a consulta, o que facilita a criação de vínculo entre o paciente estomizado e o profissional, e contribui para o sucesso na abordagem de assuntos essenciais para a reabilitação, como a vida social e laborativa. Estes temas são pouco abordados em muitas consultas de enfermagem, que focalizam suas orientações predominantemente nos cuidados com a pele e uso de dispositivos coletores fezes e/ou urina⁽¹¹⁸⁾.

Embora no **estudo 13** demonstra que pacientes com aconselhamento no pré-operatório teve uma taxa de complicações de 28% em comparação com 23% para aqueles que não o fez, no entanto, não foi estatisticamente significativo, porém os pacientes que obtiveram o aconselhamento desenvolveram um menor número de complicações⁽¹⁰⁶⁾.

Em um estudo descritivo/exploratório de natureza qualitativa mostra que os pacientes estomizados referem a importância do enfermeiro como orientador em relação às práticas de autocuidado, o qual é sem dúvida essencial para o processo

de inclusão social do estomizado. Porém, as consultas de enfermagem não devem focar apenas as dificuldades físicas apresentadas pelos indivíduos. O enfermeiro que atua na consulta de enfermagem deve atentar que o indivíduo é um todo indissociável, no qual se incluem, por exemplo, as dimensões psicológica, social, espiritual/religiosa, e não somente a física. Quando a consulta de enfermagem acontece de forma sistematizada e privilegiando todas estas dimensões, ocorre de fato o atendimento às necessidades integrais do ser humano⁽¹¹⁸⁾.

Observa-se no **estudo 20** que o autor confirma que grande parte das complicações podem ser evitadas com o planejamento do local do estoma e com o uso de técnica adequada. Principalmente nos casos de estomas definitivos, maior atenção e cuidado para a confecção, para oferecer melhor qualidade de vida e menores taxas de complicações⁽⁸⁾.

No **estudo 16** realizado por enfermeiros americanos do *Wound Ostomy Continence Nurs* (WOCN) relacionado às complicações cutâneas, em uma amostra de 42 (100%) pacientes 19 (47%) tiveram complicações periestomais e o manejo para essas complicações foram desenvolvidas por meio dos cuidados de pele periestoma padronizada e baseada em evidências⁽¹⁰⁴⁾.

Isso demonstra que, para a realização da assistência não pode haver alienação de conhecimento relacionado ao cuidado com os estomizados. Os profissionais devem se atentar para o renovo dos conhecimentos, atualizar-se buscando novas informações baseadas em evidências científicas, prevenindo e oferecendo o melhor manejo das complicações, assim como, realizar estudos com níveis de evidências maiores das que se constatou nesta revisão integrativa de literatura.

Embora não haja um conhecimento específico e nem descrição sobre a assistência médica nos estudos encontrados, nos resultados desta revisão observa-se que quando se fala sobre complicações a maior parte dos artigos publicados com 17 (73,9%) foram escritos por profissionais médicos.

Entende-se que a assistência médica é essencial na reparação das complicações de estomas que possam surgir, principalmente em casos cirúrgicos. Desta forma, em toda a literatura declara a importância do acompanhamento também do profissional médico a longo prazo para pacientes estomizados^(30, 94, 98).

Na categoria de **Fatores de riscos para complicações** destacaram-se os **estudos 2, 6, 19, 22 e 23**^(44, 97, 107, 109, 110).

Os fatores de risco para complicações encontrados foram as cirurgias de emergência, falta de demarcação, obesidade caracterizada pelo IMC, câncer, idade avançada, hipertensão, diabetes, doença pulmonar, ileostomia, terapia adjuvante, doença de Crohn e outras doenças intestinais inflamatórias^(44,107).

Observa-se nos **estudos 2 e 6** que os pacientes obesos enfrentam numerosos riscos cirúrgicos, incluindo vazamentos anastomóticos e complicações sépticas. Além disso, mesmo que seja realizado a demarcação do estoma as alterações posturais no tecido subcutâneo podem comprometer radicalmente a seleção do local escolhido. Desta maneira, orienta-se realizar mais de uma demarcação de preferência nos quadrantes superiores do abdômen para a escolha do cirurgião no momento da operação, assim como, atentar-se de modo especial durante a cirurgia para mobilizar completamente o cólon e formar um estoma de comprimento suficiente para evitar tensão e retração^(44, 97).

Nos resultados desta revisão observa-se que do total de 36 (100%) em 26 (72,2%) dos estudos houve o relato de demarcação e também sobre a importância do planejamento do estoma antes da confecção do mesmo.

No **estudo 19** o autor analisa a incidência de fatores de riscos para complicações em estomas de pacientes submetidos a cirurgias de cistectomia. Um dos fatores de riscos encontrados neste estudo está relacionado à conexão entre os efeitos da obesidade e o desenvolvimento de hérnia paraestomal após o desvio urinário. De forma quantitativa foi examinado essa relação, usando o Índice de Massa Corpórea (IMC) para detectar a presença de obesidade nos pacientes. A condição de estar obeso cria pressões intra-abdominais mais elevadas que podem enfraquecer a parede abdominal durante o período pós-operatório. Assim como a tosse intermitente e a elevação postural do tronco causam aumentos transitórios nas pressões intra-abdominais, resultando em tensão repetitiva na ferida cicatrizante⁽¹⁰⁷⁾.

Outro ponto importante é a localização do estoma em relação ao músculo reto do abdômen, podendo influenciar de forma importante na incidência de hérnia paraestomal. Um estudo internacional mostrou uma incidência de 22% de hérnia parastômica quando o estoma é confeccionado na lateral do músculo reto abdominal em comparação de 3% quando confeccionado no ventre muscular⁽¹¹⁹⁾.

A colostomia permanente desenvolve hérnia em (58%) dos pacientes, a ileostomia permanente (28%) e a urostomia (5 a 8%). As colostomias em alça são menos acometidas por hérnia do que as colostomias terminais⁽¹²⁰⁾.

Observa-se outro fator de risco considerado interessante, são os efeitos do tabagismo ou do abuso de álcool que podem estar associados à diminuição da cicatrização de feridas, por meio da redução do fluxo sanguíneo cutâneo, comprometimento da atividade fibroblástica, alteração da hemostasia, aumento do estresse metabólico e incompetência imunológica⁽¹⁰⁷⁾.

Porém, em um estudo com 137 (100%) pacientes houve 21 complicações de estomas (15,3%) que ocorreram em 20 pacientes (14,6%), observou-se que a diferença entre pacientes que desenvolveram complicações e os que não desenvolveram relacionados ao uso do tabaco, pacientes fumantes e não fumantes não houve diferença (75% vs 81%) entre os resultados, ou seja, não encontraram uma relação significativa entre abuso de álcool e complicações estomais. Entretanto, a cessação do tabagismo e a limitação do consumo de álcool devem ser encorajados em pacientes estomizados⁽¹⁰⁷⁾.

No **estudo 23** um possível fator de risco encontrado na literatura está relacionado à idade, pacientes com mais idade possuem um risco maior de complicações⁽¹¹⁰⁾.

Ao relacionar a idade e a cicatrização cutânea, **os autores 19 e 23** consideram que este mecanismos de envelhecimento incluem reepilelização tardia, angiogênese retardada, redução de colágeno, remodelação alterada e menor resistência à ferida o que aumenta as chances de complicações na pele periestoma^(107,110).

Apesar destas diferenças há um consenso de que o efeito do envelhecimento no reparo da ferida, pode gerar um atraso temporal e prejuízo na qualidade da cicatrização, porém existe a cura completa, nos pacientes mais jovens esse processo ocorre de forma mais rápida⁽¹¹⁰⁾.

Sobre a categoria **Qualidade de vida** encontra-se dois artigos que estão classificados como **estudos 14 e 18** desta revisão integrativa^(102, 106).

A qualidade de vida é um dos temas mais estudados em conjunto com diversas disciplinas da atualidade, sendo utilizada em vários contextos de pesquisa, servindo como conjunto entre várias áreas especializadas do

conhecimento como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia⁽¹²¹⁾.

Entende-se que qualidade de vida está diretamente relacionada com o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além do bom relacionamento social com a família e amigos, acesso à saúde, à educação, ter liberdade e independência, ou seja, estar bem consigo, com os outros e com tudo o que os rodeia⁽¹²²⁾.

Para alguns autores, a qualidade de vida tem componentes subjetivos e objetivos. O aspecto subjetivo é essencial porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida. Entretanto, o componente objetivo é também necessário, pois pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria podem sentir-se satisfeitas com sua vida, enquanto que outras pessoas, enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida como pior que a desejada^(121, 123).

Destaca-se assim, a multidimensionalidade e subjetividade do conceito de qualidade de vida. Desta forma, só a própria pessoa estomizada pode responder sobre sua qualidade de vida.

O Whoool Group definiu, em 1994, a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, tomando em consideração os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽¹²⁴⁾.

Deste modo, têm-se a percepção de que a vida do paciente estomizado é considerada mais complexa. Devido as mudanças do estilo de vida e os estímulos que é despertado como um estado que produz stress. A pessoa avalia e enfrenta as situações de desafio; a meta desejada é a adaptação ou ajustamento à mudança, de forma a que recupere o equilíbrio e tenha energia e capacidade para dar resposta a estas novas exigências⁽¹²⁴⁾.

Os cuidados preconizados na fase pré-operatória têm o intuito de diminuir complicações e visa melhorar a qualidade de vida. Entretanto, podem surgir complicações e isto foi constatado em 16 (31,4%) dos indivíduos que integraram a amostra de 51 (100%) de um estudo realizado em Portugal, sendo a complicação mais frequente a irritação cutânea (56,2%) classificada como complicação tardia. Neste estudo observa-se que esta complicação pode estar relacionada a

dificuldade de realizar a técnica no manuseio do estoma e colocação do dispositivo^(124, 125).

Foi construído o *City of hope – Quality of Life Questionnaire for a patient with an ostomy*, instrumento específico de avaliação da QV de pessoas ostomizadas com maior número de publicações em todo o mundo e validado em várias línguas, inclusive a portuguesa⁽¹²²⁾.

A partir da elaboração deste instrumento específico, incluíram na definição de QV quatro domínios: Bem-estar físico (BEF), Bem-estar psicológico (BEP), Bem-estar social (BES) e Bem-estar espiritual (BEE)⁽¹²²⁾.

O bem-estar físico inclui a alimentação, o apetite, a sexualidade, o repouso, a perceção da saúde e da doença, a força física e/ou a sensação de fadiga. O bem-estar psicológico inclui a satisfação com a vida, a utilidade de viver, a satisfação com a imagem corporal, a ansiedade, as emoções, a capacidade de controlo interno, o lazer, a diversão, o autodesenvolvimento e a aprendizagem. O bem-estar social inclui o funcionamento interpessoal, as atividades sociais, a presença e o apoio de pessoas importantes, a função do papel pessoal na família. No bem-estar espiritual incluem-se aspetos religiosos e preocupações existenciais⁽¹²²⁾.

Em um estudo nacional realizado com 100 pacientes estomizados intestinais mostra que 80% dos pacientes ficaram deprimidos com a confecção do estoma, 86% não passaram por consulta de enfermagem prévia a construção do estoma⁽¹²²⁾.

No **estudo 18** mostra que uma das complicações que mais compromete a qualidade de vida dos pacientes estomizados é a irritação cutânea também chamada de dermatite⁽¹⁰⁶⁾.

Existe também no **estudo 14** complicações que prejudicam a qualidade de vida dos pacientes estomizados como os problemas de vazamento e as dificuldades de adaptação do estoma⁽¹⁰²⁾.

As complicações físicas surgem com a construção de um estoma (infecções, hemorragia, dermatites, entre outras), contudo a pessoa portadora do estoma tem como função a gestão de transformações do foro psicológico (sexualidade, alteração da imagem corporal, saúde psicológica, perdas sociais e profissionais), do ponto de vista de relacionamento familiar e social, entre outras condicionantes

inerentes à sua nova condição que estão relacionados diretamente com a qualidade de vida⁽¹²⁶⁾.

A maioria dos pacientes portadores de estomas, apresenta dificuldades relacionadas à sexualidade devido as alterações na imagem corporal. O medo e a dor afastam os desejos sexuais e a falta de orientação e diálogo não deixam que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desse indivíduos⁽¹²⁷⁾.

É visto nos estudos que em principio existem muitas dificuldades na adaptação com o estoma, assim como, a sensação de perda, a distorção da imagem corporal, o sentimento de rejeição da sociedade e familiares. Essa mistura de sentimentos e alterações no estilo de vida pode trazer um certo desconforto ao paciente. Porém, há relatos de mudanças neste sentido com o passar do tempo, com apoio profissional e familiar. Esses desafios podem ser transformados e passa-se ao processo de adaptação⁽¹²⁸⁾.

5.2 DISCUSSÃO DAS TESES E DISSERTAÇÕES

Pelas dissertações que fazem parte desta revisão integrativa observa-se que a grande prevalência dos autores são profissionais enfermeiros. Não houve nenhuma tese de doutorado inclusa nesta revisão integrativa de literatura.

Ao analisar todas as dissertações encontradas do total de 6 (100%), é visto que, a maioria 4 (66,7%) tende a estudar as complicações em estomas por se tratar de um cuidado especializado do enfermeiro, tendo foco principal na prevenção.

O número de dissertações encontradas nos bancos de teses dos acervos bibliográficos das universidades públicas mostram que existem poucos estudos relacionados ao tema complicações em estomas.

A universidade que mais produziu acerca do tema foi a Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, com 4 dissertações.

Como é visto nesta revisão integrativa, as dissertações encontradas são todas classificadas como nacionais, pois não houve busca em bancos de teses internacionais como descrito no método desta pesquisa.

Assim, como mencionado anteriormente em relação aos artigos encontrados, sobre os níveis de evidências, nos casos das dissertações também se observa os níveis de evidências com pontuações VI em 5 (83,3%). Isso mostra que é necessário estudos com níveis de evidências mais elevados também em território nacional⁽⁹²⁾.

Algo interessante observa-se com relação as dissertações, o fato de estarem focadas em estoma intestinais. Nas 6 (100%) dissertações encontradas, apenas uma menciona sobre estomas urinários em conjunto com os estomas intestinais. Não encontrou-se dissertações referentes a derivações urinárias como tema principal.

Na literatura a prevalência dentre os estomas é de colostomias com 85.4%, as ileostomias com 11.8% e a taxa de urostomias encontrada é de 2.8%⁽⁸⁾.

Nos estudos caracterizados como dissertações nacionais nota-se que em todos referem a demarcação do estoma como procedimento relevante antes da confecção cirúrgica. Isso aponta para a importância do procedimento, considerado

pelo profissional enfermeiro como medida necessária e relacionada com possíveis complicações em períodos de curto e longo prazo.

No **estudo 24**, uma pesquisa quantitativa, com análise descritiva de 70 prontuários foram compostos dois grupos, o grupo um foi composto por 33 (47,1%) pacientes demarcados e o grupo dois com 37 (52,9%) não demarcados. Em relação às complicações de estomas, no grupo demarcado houve 15 (45%) complicações sendo a hérnia paraestomal a mais frequente e no grupo de não demarcados obteve-se 32 (86,5%) complicações sendo a dermatite a mais acometida⁽⁷⁾.

Em outro estudo que compõe a amostra das dissertações, **estudo 25**, verifica-se que em uma amostra de 43 (76,8%) de pacientes demarcados 14 (32,6%) apresentaram complicações, enquanto 13 (23,2%) não demarcados em 7 (53,8%) tiveram complicações⁽⁴⁾.

Grande parte das complicações podem ser evitadas com o planejamento do local de confecção do estoma e com o uso de técnica cirúrgica adequada. Principalmente nos casos de estomas definitivos, uma maior atenção na sua confecção, que ocorre normalmente ao final do procedimento cirúrgico, poderá proporcionar melhor qualidade de vida, com menores taxas de complicações⁽¹¹⁸⁾.

Estudos demonstram que a localização inadequada do estoma é mais comum em cirurgias de urgência ou emergência, afirmando a importância do planejamento pré-operatório, sempre que possível. Em 70% de estomas realizados em momentos de emergência 22% tiveram complicações^(4, 7, 43).

Relacionado à cirurgia, nas dissertações é mencionado que a grande maioria das cirurgias realizadas são de caráter eletivo. Pelos resultados desses estudos observa-se que a maioria da amostra foi de cirurgias eletivas, uma com 100% da amostra e outra 74,4%^(4, 112).

Sobre a indicação desses pacientes para a realização da cirurgia, a prevalência está na causa neoplasias intestinais. Em estudo clínico epidemiológico realizado no Brasil com amostra de 151 (100%), encontra-se 96 (64,1%) de neoplasias intestinais e 21 (14,1%) doenças intestinais. Outro estudo descritivo também realizado no Brasil com uma amostra de 56 (100%) a porcentagem é semelhante com 31 (55,4%) de neoplasias e 19 (33,9%) de doenças inflamatórias com indicação para estoma^(4, 112).

Passa-se a discutir as categorias, segundo os dados das dissertações. Sendo elas: **tipos de complicações, assistência multiprofissional, fatores de risco e qualidade de vida.**

As dissertações que consideram os dados incluídos na categoria dos **tipos de complicações** são os **estudos 24, 25 e 26**^(7, 4, 111).

Os **estudos 24 e 26** apresentam os tipos de complicações nas diferentes proporções do intestino, assim como derivações intestinais e urinárias com estratégias para prevenir ou tratá-las^(7, 111).

Ao comparar os resultados desta revisão integrativa com as complicações encontradas no **estudo 24** observa-se que as complicações mais encontradas são as mesmas que houve maior prevalência, ou seja, a incidência de complicações na amostra foi de hérnia periestoma em 171 (14,1%) pacientes, sangramento em 156 (12,8%), obstrução em 116 (9,5%), isquemia em 100 (8,2%), fístula em 74 (6,1%), retração em 72 (5,9%), prolapso em 66 (5,4%) e estenose em 52 (4,3%) pacientes⁽⁷⁾.

No **estudo 26** em relação à complicação precoce, o sangramento ocorreu no total dos 70 pacientes, a porcentagem de sangramento foi de 5,7%. Sobre complicações tardias, em relação à hérnia periestoma, a porcentagem de hérnia periestoma foi de 11,4%. E referente a complicações cutâneas a porcentagem de dermatite foi de 12,9%, sendo esta a complicação mais frequente em nosso estudo⁽⁷⁾.

O **estudo 25** mostra às complicações do estoma e de pele periestoma que dos 56 (100%), 2 (3,6%) pacientes apresentaram complicações de estoma, 17 (30,3%) pacientes complicações de pele periestoma e 2 (3,6%) complicações de estoma e pele periestoma⁽⁴⁾.

As maiores taxas de complicações de estoma ocorreram em cirurgias de urgência/emergência, sendo que este fato tem sido relacionado em parte a não demarcação de estoma pré-operatória. Outro fato que pode implicar na maior incidência de complicações é a experiência do cirurgião, pois nas cirurgias de urgência a equipe cirúrgica, em geral, não é especializada na área de coloproctologia⁽⁷⁾.

No entanto, todos os estomas estão sujeitos à complicações que podem ocorrer, tanto imediatamente após a realização da cirurgia, quanto algum tempo depois. De uma forma ou de outra, essas complicações costumam agravar de

forma acentuada a qualidade de vida dos estomizados, podendo, em alguns casos, determinar a necessidade de reintervenção para serem corrigidos⁽⁴⁷⁾.

No **estudo 26** encontra-se um tipo de complicação pouco abordada e descrita na literatura, mas que é observada na maioria dos pacientes estomizados. São as complicações psicológicas que surgem como repercussão à confecção do estoma, gerando sentimentos de impotência e ansiedade frente as mudanças⁽¹¹¹⁾.

Neste estudo em específico, o autor tem por objetivo compreender os sentimentos dos pacientes portadores de estomas. Esses sentimento são decorrentes de diversos fatores como a distorção da imagem corporal, sensação de mutilação, consciência exagerada do próprio corpo, infração involuntária das regras de higiene, dificuldade de adaptação, rejeição social, aumento das necessidades afetivas, impotência sexual e os relacionamentos familiares⁽¹¹¹⁾.

Identifica-se na literatura aspectos relacionados aos sentimentos de pessoas estomizadas que descrevem as fases relacionadas ao luto, no entanto, não necessariamente ao luto relacionado à morte, e sim com o sentido da perda de algo, como no caso do estoma, onde o paciente passa por uma situação de amputação de parte do intestino. Essas fases relacionadas às alterações de sentimentos apresentadas pelos estomizados, são descritas como: negação, ira, barganha, depressão e aceitação^(61,111).

Outra importante questão apresentada neste estudo é o processo de adaptação; por terem um estoma e como consequência à utilização do dispositivo coletor, surge a necessidade de alterar o modo de vestir-se, especialmente, utilizando vestimentas largas com a finalidade de esconder o dispositivo. Assim, as pessoas estomizadas apresentam agravos na estética corporal e na autoestima, tendo que adaptar-se a este novo estilo de vida⁽⁶¹⁾.

A falta de controle do esfíncter permite a eliminação involuntária de fezes e leva à obrigação de conviver com um equipamento coletor aderido ao abdome, o que evidencia a vivência de diversos constrangimentos sociais, dentre eles, o barulho das eliminações, a transpiração e os ruídos emitidos pela saída de gases. Além disso, se o equipamento coletor apresentar qualquer falha na qualidade e na segurança ocorre o extravazamento de fezes pelo corpo. O temor de sujar roupa e de eliminar flatos, com odores fétidos em público é predominante entre os estomizados⁽¹¹¹⁾.

Em todos os estudos desta revisão integrativa destaca-se a necessidade do acompanhamento multiprofissional para assistência dos pacientes estomizados, assim como cuidados preventivos de complicações em estomas e também para direcionar o paciente frente as suas dificuldades.

Com relação a **assistência profissional** as dissertações que tratam desta categoria estão classificadas como **estudos 27 e 29**^(63, 112).

É importante destacar a participação do cirurgião durante a convivência com o estoma o que vai além do ato cirúrgico⁽³⁰⁾. A participação do enfermeiro é muito importante durante o período de transoperatório com avaliação e intervenções distintas para cada fase⁽¹¹¹⁾.

É necessário o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, pois a evolução da reabilitação do indivíduo estomizado é muito difícil e exige a cooperação de todos os profissionais como os médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, psicólogo entre outros. Em complementação de ações pode-se propor um planejamento de assistência compartilhada por todos⁽¹¹¹⁾.

Para tanto, é aconselhável o acompanhamento ambulatorial desses pacientes para monitorar como está sendo a vivência com a presença do estoma e detectar possíveis dificuldades/complicações que estejam ocorrendo, para que as intervenções sejam propostas durante todo o processo de cuidado⁽¹¹²⁾.

Outro fator importante relacionado a assistência profissional é o encaminhamento do pacientes estomizados para os programas governamentais. Após avaliação são realizados os registros no prontuário do paciente e feita a prescrição dos equipamentos coletores e equipamentos adjuvantes. Conforme a Portaria 400/2009⁽²⁴⁾, os estomizados poderão acessar pelo SUS a aquisição desses materiais.

No **estudo 24** observa-se que 50 (71,4%) indivíduos receberam este encaminhamento, enquanto que em 20 (28,6%) pacientes não havia registros em prontuário sobre esta contrarreferência⁽⁷⁾.

Explicita-se assim uma falha grave no atendimento a estes pacientes, visto que, todos estomizados tem direito a serem acompanhados e a receberem os dispositivos e equipamento adjuvantes que são necessários nesse processo de convivência com o estoma.

Segundo o **estudo 27** a presença de complicações como as hérnias paraestomais e prolapsos intestinais necessitam de indicações cirúrgicas para a

correção. Porém, 75 (50%) das pessoas que apresentam tanto uma quanto a outra foram avaliadas clinicamente e devem ter somente o seguimento ambulatorial, isto é, serão indicadas ao procedimento cirúrgico somente quando a condição clínica for considerada emergencial⁽¹¹²⁾.

O planejamento da assistência em estomaterapia requer o conhecimento específico do perfil dos pacientes atendidos para definição e organização do atendimento.

No **estudo 29** observa-se que nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas é possível identificar quando foram fornecidas orientações no pré-operatório e o grau de percepção dos pacientes sobre as orientações recebidas. Na literatura é muito recomendado que as orientações desenvolvidas pelos profissionais devem ser de maneira clara, que seja de fácil entendimento para o pacientes, independente de sua situação intelectual ou social⁽⁶³⁾.

Sendo assim, as condutas oriundas do espaço referente à consulta de enfermagem, onde se realiza a possível identificação dos pacientes, dados clínicos e exame físico; avaliação da pele periestoma; aspecto do efluente; autocuidado; complicações e adaptação aos equipamentos utilizados, podem assegurar uma assistência mais ampliada⁽⁶³⁾.

Quanto à categoria **fatores de risco** observa-se os **estudos 25 e 29** com relação as dissertações. Conforme dados do estudo, no pós-operatório a obesidade pode alterar a funcionalidade dos estomas e dificultar o manejo do equipamento coletor, ocasionando vazamento do conteúdo fecal e assim lesar a pele, resultando em dermatite^(4, 5, 63).

O ganho de peso, resultando em IMC maior que 30kg/m² pode levar à tensão na parede abdominal e ocasionar retração do estoma. Isso indica a necessidade de avaliação periódica para adequar as características dos equipamentos coletores, bem como a utilização de adjuvantes⁽⁴⁾.

Neste estudo observa-se que dos 9 (100%) pacientes que apresentaram alteração do IMC, tanto abaixo como acima do padrão de normalidade (18,5 a 24,930kg/m²), 3 (33,3%) apresentaram complicações de estoma ou de pele periestoma⁽⁴⁾.

A idade avançada também ocasiona algumas alterações como disfunção cognitiva, alterações musculoesqueléticas, déficits sensoriais e alterações nas habilidades funcionais. Portanto, o idoso estomizado apresenta maior risco de

complicações de pele periestoma, uma vez que suas habilidades para realizar o autocuidado estão prejudicadas. Assim, faz-se necessário um suporte profissional especializado com envolvimento de familiares para auxiliá-lo no cuidado ou realizá-lo por ele, e assim evitar as possíveis complicações⁽⁴⁾.

Também é visto que presença de comorbidades pode interferir no estado geral do paciente, com aumento da gravidade e comprometimento da evolução e resposta clínica às terapêuticas, o que pode dificultar ainda mais o autocuidado e a manutenção das atividades de vida diária, influenciando a reabilitação destes pacientes^(129, 130, 131).

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são comorbidades, comumente encontradas na população geral e isso também é aplicável para os estomizados. Estas patologias podem comprometer o processo de recuperação fisiológica, aumentando a possibilidade de complicações pós-operatórias, inclusive de complicações de estoma e de pele periestoma⁽⁴⁾.

Em revisão de literatura, foi referido que os estomizados intestinais com diabetes apresentam complicações de estoma e de pele periestoma devido a dificuldade de cicatrização⁽¹³⁰⁾.

Outro fator que contribui a presença de complicações são os tratamentos oncológicos neoadjuvantes⁽¹³⁰⁾.

No **estudo 25** dos 56 (100%) pacientes, 15 (26,8%) realizaram quimioterapia antineoplásica e 4 (7,2%) radioterapia e quimioterapia antineoplásica associada. Esses pacientes realizaram tratamento oncológico neoadjuvante (pré-operatório) e adjuvante (pós-operatório) distintamente, bem como a quimioterapia antineoplásica e a radioterapia, em associação e obtiveram 17 (30,3%) de complicações de pele periestoma⁽⁴⁾.

A quimioterapia antineoplásica possui ação sistêmica e interfere nos passos do ciclo celular, especificamente na síntese do DNA e na replicação das células tumorais, porém pode acarretar efeitos adversos como danos às células-tronco, toxicidade às células sadias e aos tecidos adjacentes, bem como toxicidade hepática e neurológica, que debilitam o paciente e dificultam a realização do seu autocuidado^(131, 132).

Além do comprometimento imunológico, os efeitos adversos, principalmente as reações dermatológicas, que podem ocorrer na segunda semana do tratamento, pode resultar no agravamento da condição clínica e ainda causar ressecamento da

pele e eritema. Este conjunto de reações pode evoluir para a descamação e situações, que podem agravar as complicações de pele periestoma como a dermatite⁽¹³²⁾.

As cirurgias para a confecção de estomia intestinal podem ser realizadas de forma convencional ou por videolaparoscopia. Nos resultados do **estudo 25** todos os pacientes realizaram cirurgias convencionais, chamadas “abertas”, porém a cirurgia por videolaparoscopia poderia ser uma opção por prevenir complicações cirúrgicas, complicações de estoma e de pele periestoma por envolver equipe especializada, além de diminuir o tempo de cirurgia e de internação ^(4,133,134).

Na categoria **qualidade de vida** tratada em apenas um trabalho passa a ser apresentada conforme o estudo **estudo 28**⁽¹¹³⁾.

Atualmente, as questões que se impõem na área da saúde, referem-se ao estabelecimento de tratamentos que resultam em uma melhor qualidade de vida e não apenas em uma vida mais longa⁽¹¹³⁾.

No estudo descritivo-exploratório que utilizou a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), as médias encontradas pelo autor refere-se a qualidade de vida geral dos pacientes regular, a menor média houve no domínio recreação e a maior foi das relações com outras pessoas⁽¹¹³⁾.

Desta forma, entende-se que os estomizados dão valor as relações interpessoais, mas não sentem-se a vontade para realizarem atividades de recreações devido a presença do estoma⁽¹¹³⁾.

Entende-se portanto, a importância da família na continuidade do tratamento do paciente do incentivo da adaptação nas rotinas desenvolvidas antes do estoma, tanto em atividades domésticas quanto sociais⁽¹¹³⁾.

Em estudo recente, que utilizou-se o instrumento WHOQOL-bref composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, obteve-se no domínio psicológico a média mais elevada de 70,8⁽¹³⁵⁾.

Esse domínio avalia sentimentos positivos e negativos, autoimagem e aparência. Chama a atenção o fato de que embora a autoimagem esteja prejudicada por conta da confecção de um estoma, esse domínio tem uma avaliação melhor, comparada com os outros domínios da qualidade de vida⁽¹³⁵⁾.

É visto que a qualidade de vida dos estomizados dependem de vários fatores detectados na literatura, sendo esses a localização do estoma, a adaptação

psicológica aquequada à nova mudança, o acompanhamento profissional especializado, apoio familiar e legislativo⁽¹¹³⁾.

Apesar das evidências negativas da presença do estoma, o convívio com familiares e amigos é importante para a manutenção da qualidade de vida. Quando se fala das médias dos domínios a maioria das médias apresentam resultados regular ou ruim, entretanto o relacionamento com outras pessoas apresenta sempre um média alta⁽¹¹³⁾.

Outra convivência encontrada é a conjugal, os estudos mostram que o apoio do companheiro é sempre visto como favorável a aceitação do tratamento e ajuda no processo de adaptação da pessoa estomizada^(20, 136).

Apesar da média de idade mais avançada dos pacientes estomizados não se deve ocultar sobre a sexualidade desses pacientes. A diminuição ou perda da libido e a impotência pode-se relacionar com a alteração da imagem do corpo e a consequente diminuição da auto-estima, bem como a preocupação relacionada com a eliminação de odores e fezes durante a relação sexual^(20, 136).

A sexualidade em suas diferentes manifestações, faz parte da vida do seres humanos, mas pode ser pouco explorada ou até desconsiderada, devido as dificuldades, situações conflitantes ou não esperadas, como separações, problemas conjugais, desordens emocionais e físicas⁽¹³⁶⁾.

Existem várias situações que podem levar à separação com a falta de harmonia conjugal e o afastamento progressivo entre os casais. Há estomizados que transformam esse momento em novas possibilidades, como uma forma de ganhar forças para enfrentar a situação de estar estomizado, trilhando caminhos diferentes daqueles que só causam dor e sofrimento, e assim trazer para si a esperança por meio da fé⁽¹³⁶⁾.

Sendo assim, todos os aspectos relacionados à qualidade de vida do paciente estomizado vedem ser considerados para que ocorra a desejada adaptação do paciente a este novo processo de vida. Reitera-se que o apoio familiar, social e profissional farão diferença para melhorar esta nova condição.

5.3 DISCUSSÃO DOS LIVROS

Os livros que compõem esta revisão integrativa foram indicados por profissionais especializados em coloproctologia por serem utilizados nas grades de ensino de cursos de especializações do Estado de São Paulo.

Devido o difícil acesso a este tipo de literatura foram selecionados apenas os capítulos referentes a complicações em estomas. Desta forma, todos os capítulos de livros selecionados são nacionais escritos na língua portuguesa.

Quanto ao nível de evidência neste caso não se aplica esta classificação devido o desenho do estudo não estar relacionado aos níveis de evidências.

Quanto aos períodos de publicações a maior concentração desses livros encontram-se produzidos nos últimos cinco anos. E observa-se que dois destes livros, classificados como **estudo 30 e 36**, são os mais utilizados nos cursos de especializações^(47, 114).

Os autores em estomaterapia do total de 7 (100%), a maioria com 5 (71,4%) dos capítulos, foram escritos por profissionais enfermeiros especialistas em estomaterapia e trabalham em universidades públicas.

Os livros são um importante meio de divulgar o conhecimento e contribui de forma efetiva na assistência ao paciente, pois por meio dele pode capacitar os profissionais para o desenvolver de suas atividades embasadas e de forma mais segura.

Quanto ao tema complicações em todas as literaturas, disponíveis por livros, foi mencionado a indicação da demarcação antes da confecção do estoma.

A localização adequada do estoma na parede abdominal, com 5 centímetros de distância de proeminências ósseas e de cicatrizes cirúrgicas anteriores, é de fundamental importância. Além disso, o estoma deve ser visível para o paciente, de modo que facilite a colocação dos dispositivos coletores. Para isso, é necessário que seja feita a demarcação do local no pré-operatório⁽⁴⁷⁾.

A boa localização do estoma auxilia no autocuidado e na adaptação das alterações na imagem corporal, bem como ao uso adequado dos dispositivos⁽³⁴⁾.

A orientação no pré-operatório e a demarcação do estoma são indispensáveis no processo posterior de reabilitação psicossocial no pós-operatório⁽³⁴⁾.

Observa-se na literatura em relação as colostomias, a incidência de complicações parece ser mais frequente quando se trata das técnicas em alça, realizados em procedimentos de emergência e por cirurgiões inexperientes⁽⁴⁷⁾.

A escolha do procedimento cirúrgico a ser realizado para desviar o trânsito intestinal tem impacto não só nas complicações perioperatórias, mas também na complexidade do procedimento cirúrgico e consecutivamente na qualidade de vida do estomizado⁽⁴⁰⁾.

Apesar dos estomas em alça normalmente serem de uso temporário, um número significativo nunca será fechado, devido a múltiplos fatores, incluindo os clínicos e até mesmo os fatores políticos. Como o paciente é obrigado a conviver com o estoma por vários meses e as vezes para o resto da vida, o cuidado para a confecção do estoma é fundamental⁽⁴⁰⁾.

O tipo de confecção cirúrgica: em alça, terminal, duas bocas ou dupla boca, são importantes no prontuário do paciente, assim como o tipo de segmento intestinal exteriorizado (Íleo, cólon direito, cólon transversal, cólon esquerdo, cólon sigmoide) e se de caráter temporário ou definitivo. Nos casos de estomas urinários, o mais comum é a urostomia pela técnica de Bricker confeccionado na porção do íleo⁽³⁴⁾.

Apesar dos avanços técnicos e científicos em estomaterapia, as complicações pós cirúrgicas do estoma ainda são comuns. Essas complicações relacionadas ao estoma podem ser classificadas como metabólicas ou estrutural conceituado por complicações do tratamento clínico, as complicações precoces e tardias. As complicações precoces mais comuns são dermatite periestomal, problemas de alto fluxo e isquemia. As complicações tardias mais frequentes incluem desidratação colelitíase em pacientes com ileostomia, hemorragia em doentes com doença hepática e recidiva da doença de base, por exemplo pela doença de Crohn⁽⁴⁰⁾.

Passa-se a discutir as categorias encontradas nos capítulos de livros, conforme apresentadas e que são: **tipos de complicações, assistência multiprofissional, fatores de risco e qualidade de vida.**

Os tipos de **complicações em estomas** estão descritos em todos os capítulos de livros selecionados nesta revisão integrativa.

Segundo a literatura do **estudo 35** as complicações mais frequentes relacionados ao estoma são: isquemia, separação mucocutânea, retração,

estenose, hérnia paraestomal, prolapso, dermatites, foliculite, edema e abscesso periestomal⁽³⁴⁾.

As complicações podem ser de caráter precoce ou tardio. As complicações precoces, também chamadas de imediatas, surgem no período intra-operatório e em grande frequência, estão relacionadas às cirurgias de emergência, quando não existe um planejamento prévio adequado⁽⁴⁷⁾.

As complicações tardias ocorrem alguns meses depois da confecção do estoma, podem estar relacionadas com a doença que gerou a presença do estoma⁽⁴⁷⁾.

As principais complicações imediatas surgem nas primeiras 24 horas de pós-operatório, as mais frequentes são isquemia/necrose, sangramento e edema. As complicações precoces surgem entre o 1º e 7º dia pós-operatório, as mais apresentadas são retração e separação mucocutânea. As complicações tardias manifestam-se após a alta hospitalar, ou seja, apresentam-se nos períodos que já ocorre o autocuidado ou cuidado familiar, sendo as mais frequentes prolapso, hérnia paraestomal e dermatites⁽¹¹⁴⁾.

Existe a prevalência de uma taxa de complicações na literatura entre 10 a 70%⁽¹²⁶⁾. E quanto as dermatites periestoma as taxas de incidências variam de 18 a 62%, sendo as ileostomias as que apresentam com mais frequência⁽⁵³⁾.

Os fatores causais das complicações em estoma são diversos e podem estar relacionados ao mau posicionamento do estoma, recidiva da doença de base, cuidados pré, intra ou pós-operatório (classificado como período transoperatório) desenvolvidos, manuseio incorreto do estoma e uso de dispositivo coletor inadequado⁽¹¹⁴⁾.

As intervenções associadas às complicações em estomas, sejam estas imediatas, precoces ou tardias, devem ter como base a utilização do Processo de Enfermagem composto pelas etapas do histórico de enfermagem, a avaliação física do paciente, diagnóstico de enfermagem e prescrições considerando as condições nutricionais, psicológicas, sociais e econômicas que podem estar relacionadas as complicações⁽¹¹⁴⁾.

Sendo assim, considera-se entrar no tema da categoria da **assistência multiprofissional**.

Nos capítulos de livros há referências da assistência oferecida pelo profissional enfermeiro.

Referente ao estoma, a avaliação deve ser realizada durante as consultas de enfermagem por meio das etapas do Processo de Enfermagem. A inspeção engloba a avaliação do diâmetro do estoma, coloração, umidade (brilho), grau de protrusão, condições de pele periestoma, funcionamento, ângulo de eliminação de efluente^(34, 37, 53, 114).

Os critérios utilizados durante a inspeção para avaliar o estoma são:

Avaliação do diâmetro: o diâmetro diminui de forma gradual e tende a se estabilizar no segundo mês do pós-operatório. A medida do estoma deve ser verificada com auxílio do guia de mensuração para assegurar uma boa adaptação do dispositivo coletor a ser utilizado⁽³⁷⁾.

Avaliação da coloração, umidade e brilho: a coloração do estoma deve apresentar-se de vermelho a rosa forte, semelhante à coloração da mucosa da boca. A umidade ocorre com a presença de muco produzido pela própria mucosa intestinal, proporcionando um aspecto brilhante⁽³⁷⁾.

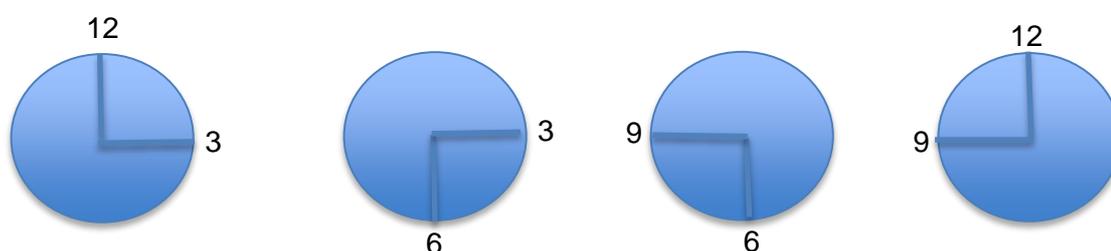
Avaliação do grau de protrusão: a protrusão do estoma, no geral, deve apresentar-se de 3 a 4 centímetros para garantir que o efluente seja excretado dentro do dispositivo coletor de forma que garanta a inibição do contato do efluente na pele. Há diferença em cm quando a derivação é ileostomia ou colostomia⁽³⁷⁾.

Avaliação das condições da pele periestoma: a integridade da pele periestoma é muito importante para a aderência do dispositivo coletor, assim como assegurar o conforto e bem estar do paciente⁽³⁷⁾.

Avaliação do funcionamento do estoma: atentar a quantidade, coloração, aspecto, consistência, odor e tipo do efluente (urina/fezes, líquido, semipastoso e pastoso)⁽³⁷⁾.

Avaliação do ângulo de drenagem do estoma: neste momento da avaliação o paciente deve apresentar-se em duas posições, sentado e em pé. O ângulo ideal é o central, porém pode encontrar-se no quadrante 12 e 3, 3 e 6, 6 e 9 ou 9 e 12 conforme ilustra a figura 17⁽³⁷⁾.

Figura 17 Ângulo de drenagem do estoma



Demonstra-se no **estudo 32** onde o autor refere-se a assistência de enfermagem como suporte ao paciente e familiar, envolvendo orientações para o cuidado do estomizado. No caso o estudo é específico em tratamento cutâneo e mostra os diferentes tipos de dispositivos e adjuvantes disponíveis no mercado⁽⁵³⁾.

Os dispositivos coletores apresentam-se no mercado em diversas marcas e modelos em diferentes distribuidoras, nacional e internacional. É possível encontrar sistema de uma peça ou duas peças (placa e bolsa); pré cortadas, recortáveis e moldáveis; plana ou convexa; fechada ou drenável e transparente ou opaca^(34, 53).

Quanto aos adjuvantes também é possível encontrar uma grande variedade no mercado, que ofereçam melhor adaptação e conforto ao paciente. Os principais são: cinto elástico, filtro de carvão ativado, disco convexo, cinta protetora, *spray* cutâneo, cápsula absorvente, guia de mensuração, sistema de irrigação e sistema ocluser⁽⁵³⁾.

Porém, o que é oferecido pelo SUS está descrito na Portaria 400/2009, com tipos de dispositivos e quantidade máxima por mês, sendo bolsa de colostomia fechada no máximo de 60 unidades por mês, bolsa drenável com máximo de 30 unidades por mês, conjunto duas peças (placa e bolsa) com máximo de 10 conjuntos por mês, bolsa de urostomia drenável 30 unidades por mês, conjunto duas peças para urostomia (placa e bolsa) 15 conjuntos por mês e barreiras protetoras de pele sintética ou mista em forma de pó ou pasta e/ou placa com no máximo um tubo/frasco ou kit por mês⁽²⁴⁾.

Neste sentido, é de extrema importância que o profissional tenha ciência dos diferentes tipos de dispositivos existentes para prescrever o mais adequado ao paciente, proporcionando conforto, diminuição de complicações e qualidade de vida ao paciente^(34, 53).

Sobre as orientações profissionais para os paciente e familiares é necessário sempre reabordar o seguintes assuntos:

- Reorientar sobre os cuidados quanto à troca, higiene e manipulação do estoma e dispositivo utilizado;
- Reorientar os cuidados relacionados à manutenção da integralidade de pele;
- Atentar quanto as complicações tardias e estabelecer terapêutica apropriada;
- Encaminhar ao núcleo de apoio de distribuição de dispositivos ou

- indicar onde adquirí-las;
- Encaminhá-lo a outros profissionais da equipe de saúde, se necessário;
- Motivar o retorno às atividades cotidianas e sociais;
- Orientar quanto a rotina de acompanhamento e avaliação periódica com o estomaterapeuta⁽³⁴⁾.

Deste modo, a equipe multiprofissional deve trabalhar em equipe e unir esforços para prevenir complicações no estoma e pele periestoma, promover o tratamento precocemente, de maneira que garanta a realibitação do estomizado o mais rápido possível⁽⁴⁷⁾.

Na categoria **fatores de Risco para complicações** na literatura encontra-se, segundo o **estudo 36** que a incidência de complicações em ferida pós-operatória pode ocorrer em qualquer tipo de procedimento cirúrgico e está relacionada à fatores diversos, dentre eles: idade , condições clínicas do paciente, presença de afecções, porte da cirurgia, se eletiva ou de emergência, suporte recebido nos períodos pré e pós-operatório, de modo que garanta a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico, além de outros fatores relacionados à equipe de saúde, em especial a qualificação da equipe cirúrgica e aos recursos materiais existentes na instituição hospitalar⁽¹¹⁴⁾.

Em geral as cirurgias de confecção do estoma são de grande porte, especialmente aquelas decorrentes de tratamento de câncer colorretal. Assim o planejamento de cuidados específicos nos períodos pré, intra e pós-operatório faz parte da assistência dada pelos profissionais de saúde e seu objetivo é evitar o surgimento de complicações⁽³²⁾.

No **estudo 32** os principais fatores predisponentes para complicações com relação ao individuo são idade, características de pele e condições físicas gerais, com relação ao estoma tipo de efluente, confecção e localização inadequada; referente aos dispositivos questiona-se o tipo, características, disponibilidades e acesso⁽⁵³⁾.

Um dos pontos positivos relacionado à cirurgia é a técnica videoassistido, por laparoscopia, que é indicada há vinte e seis anos, auxiliando na prevenção de complicações, pois não lesiona o músculo reto abdominal, por não ter uma incisão grande com possíveis infecções⁽⁴⁰⁾.

Na categoria **qualidade de vida** observa-se que o assunto é limitado nestes capítulos de livros selecionados na revisão de literatura, porém o impacto causado pelo estoma na imagem corporal gera sentimentos cujo enfrentamento varia para cada pessoa, dentro de sua capacidade de aceitação e também com o tempo de permanência do estoma⁽³⁴⁾.

O suporte emocional por meio da família, amigos e profissional qualificado nesta área, além do desenvolvimento da equipe multidisciplinar, contribuirá para melhor aceitação e reestruturação da imagem corporal, auto-estima e consequentemente a qualidade de vida⁽³⁴⁾.

6 CONCLUSÃO

Na presente revisão integrativa de literatura foram analisados 36 (100%) referências, distribuídas em 23 (63,8%) artigos, 6 (16,6%) dissertações e 7(19,4%) livros que permitiram avaliar a produção científica acerca das complicações em pacientes estomizados com derivação intestinal e urinária nos últimos 10 anos.

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

6.1 ARTIGOS

Quanto à caracterização dos artigos encontrados, observa-se que do total de 23 (63,9%), 13 (36,1%) deles são oriundos da base de dados Embase e o idioma inglês predominou nos artigos selecionados.

Nesse contexto, constata-se que os artigos encontrados, 20 (86,9%) eram internacionais, concentrando-se na América do Norte.

Quanto ao delineamento do estudo, verificou-se que 22 (95,6%) utilizaram como abordagem metodológica a pesquisa quantitativa e 14 (60,8%) dos estudos selecionados utilizaram o estudo descritivo como delineamento do estudo, cujo nível de evidência foi VI.

Na categorização e análise das temáticas estudadas encontrou-se os temas Complicações, Assistência Multiprofissional, Fatores de Risco e Qualidade de Vida.

Evidencia-se as Complicações em estomas urinários com 4 (17,4%) e 19 (82,6%) com intestinais. As complicações são classificadas como precoces e tardias em 23 (100%).

Na categoria Assistência Multiprofissional como houve uma prevalência de artigos produzidos por profissionais médicos 17 (73,9%), há referências que afirmam que o paciente estomizados deve ser acompanhado pelo profissional em todo o período de convivência com o estoma e as complicações devem ser tratadas conforme as manifestações clínicas e nos casos mais graves a reparação cirurgica é necessária.

Sobre os Fatores de Risco, a obsessividade encontra-se como um fator que propicia a presença de complicações na confecção do estoma e no autocuidado.

A Qualidade de Vida dos pacientes estomizados é prejudicada de forma importante quando existe a presença de complicações, interferindo no convívio social desses pacientes.

As intervenções propostas pelos autores dos 16 (69,5%) artigos dão ênfase ao acompanhamento clínico contínuo a longo prazo.

6.2 TESES E DISSERTAÇÕES

Na presente revisão integrativa de literatura foram analisados 6 (100%) dissertações na etapa teses e dissertações e nenhuma tese.

Quanto à caracterização das dissertações observa-se que das dissertações, a maior parte delas com 4 (66,6%) foram adquiridas pelo acervo bibliográfico da Universidade de São Paulo (USP). Verifica-se também que das 4 (66,6%) são estudos descritivos e possuem os níveis de evidências VI.

Na categorização e análise das temáticas estudadas encontrou-se os temas relacionados à Complicações em Estomas, Assistência Multiprofissional, Fatores de Risco e Qualidade de Vida.

Na categoria Complicações em Estomas, foi possível detectar que além das complicações precoces e tardias existem as complicações psicológicas.

Na categoria Assistência Multiprofissional houve ênfase na assistência do profissional enfermeiro voltadas em ações no transoperatório, voltadas para a prevenção de possíveis complicações em estomas e pele periestoma.

Quanto aos Fatores de Risco para complicações encontrou-se a obesidade e a idade como fatores que propiciam a presença de complicações.

Na categoria Qualidade de Vida de forma mais específica, apenas uma dissertação referiu-se ao assunto. A Qualidade de Vida para pessoas estomizadas depende de vários fatores como a localização do estoma, a adaptação psicológica à nova mudança, o acompanhamento profissional especializado, apoio familiar e legislativo.

As intervenções que os autores propoem é o acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional, o respeito à integralidade a pessoa e incentiva-se o seguimento assistencial em núcleos de atendimento especializado.

6.3 LIVROS

Quanto à caracterização dos livros encontrados, observa-se que dos 7 (100%), 2 (28%) dos livros são utilizados pela maioria dos cursos de especializações em estomaterapia, indicados por profissionais do Estado de São Paulo, Brasil.

Os capítulos de livros organizou os temas e conteúdos, por não se aplicar o nível de evidência.

A análise dos capítulos, demonstrou ênfase nos cuidados com o paciente estomizado e as complicações em estomas. Os temas foram: Complicações, Assistência Multiprofissional, Fatores de Risco para complicações e Qualidade de Vida.

Os estudos apontaram para as Complicações classificadas em pecoces, tardias, cutâneas e psicológicas.

Quanto à Assistência Multiprofissional observa-se a importância e o papel de cada profissional da equipe de saúde, para o atendimento integral.

Com relação ao enfermeiro, o espaço durante as consultas de enfermagem, contribuem para a adaptação e prevenção de complicações.

Os Fatores de Risco para complicações podem ser avaliados no decorrer do tratamento como a obesidade, as limitações causadas pela idade e a presença de comorbidades.

Na temática Qualidade de Vida os aspectos psicológicos são citados como importantes e considerados, pois estão totalmente interligados com a presença de complicações.

Diante do exposto, para melhor compreensão das complicações em estomas e suas intervenções é que esta revisão integrativa foi realizada. Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para assistência a pessoa estomizada, permitindo dos substratos teóricos para a pratica mais segura.

Incentiva-se outros estudos nesta importante temática “complicações em estomas intestinais e urinários”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de revisão integrativa de literatura possibilitou-se sintetizar os conhecimentos produzidos e publicados na literatura nacional e internacional sobre complicações em estomas intestinais e urinários, assim como, proporcionou a ampliação dos olhares para a temática.

Pelos resultados observa-se que na literatura internacional os artigos produzidos e incluídos são desenvolvidos por profissionais médicos, na sua maioria. Na literatura nacional o tema é mais estudado pelos enfermeiros, conforme o período de 10 anos pesquisado.

O nível de evidência dos estudos permitiu a classificação e se pode constatar a necessidade de maiores investimentos nas pesquisas nos níveis de evidência com maior classificação hierárquica.

A demarcação é considerada uma técnica importantíssima, associa-se esta variável à diminuição de complicações

Descobriu-se que na maior parte dos estudos encontrados sobre complicações em estomas está relacionado à complicações físicas e que poucos se reportam as complicações psicológicas e emocionais.

Reconhece-se a necessidade dos estomizados em manter o acompanhamento com o cirurgião e nos casos de possibilidade de reconstrução é destacado a importância de cumprir-se o prazo para o fechamento do estoma, prevenindo complicações no decorrer do tempo.

A ileostomia é a derivação mais confeccionada, sendo este tipo de estoma o que mais apresenta taxas de complicações.

As complicações precoces mais presentes foram a necrose e o sangramento. Há importância na realização do exame físico, a ciência dos aspectos normais do estoma para se detectar essas complicações na fase intra hospitalar.

As complicações tardias mais apresentadas foram hérnia paraestomal e prolapso. Destaca-se a importância do acompanhamento e assistência profissional na educação do paciente relacionado ao ganho de peso, força intra abdominal e utilização de dispositivos adequados.

As complicações cutâneas que mais se encontram na literatura é a dermatite.

Identifica-se pelas categorias discutidas nesta revisão integrativa que o desenvolvimento de complicações em estomas estão interligados uma a outra, ou seja, as complicações existentes podem ser prevenidas por ações relacionadas a detecção dos fatores de risco com ajuda da assistência profissional e isto vai colaborar na qualidade de vida.

Os limites do estudo destaca-se nas complicações psicológicas pouco encontrada que talvez esteja relacionada aos descritores, assim como os fatores de riscos e os tipos de cirurgias não descritos nos estudos que compuseram a amostra.

Desta forma, considera-se que esta revisão integrativa tem por finalidade trazer a ciência relacionada aos tipos de complicações existentes, mostrar o que a literatura nacional e internacional oferecem sobre a temática e as intervenções mais utilizadas. Os resultados apresentados nesta revisão integrativa permitem proporcionar aos profissionais de saúde um estudo síntese que sirva como substrato para a assistência aos estomizados e meio para a realização de novas pesquisas nesta temática.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. *Acta Cir Bras.* 2004;19(5):582-4.
2. Melo MC. Experiência materna com o filho estomizado [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
3. Associação Brasileira de Ostomizados [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASO; [citado 12 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.abraso.org.br>
4. Vieira FS. Complicações de estoma e pele periestoma em pacientes em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
5. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirscher MK. Perfil de pacientes ostomizados. *Sci Med.* 2008;18(1):26-30.
6. Mendonça RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(4):431-5.
7. Oliveira MS. As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
8. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Rev Bras Coloproctol.* 2007;27(1):16-9.
9. Dias SM. Atores do processo globalizado do assistir em estomaterapia. *Rev Min Enferm.* 1998;2(2):68-72.
10. United Ostomy Associations of America. About Us [Internet]. Kennebunk, ME: UOAA;© 2005-2016 [citado 29 Set 2016]. Disponível em: <http://www.ostomy.org>.
11. Melo MC. O papel da família no cuidado à criança com estoma intestinal: uma revisão narrativa. *Rev Estima.* 2015;13(3):
12. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):163-7.
13. Barnabe NC, DellAcqua MCQ. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(4):712-9.

14. Violin MR, Mathias TAF, Uchimura TT. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. Rev Eletron Enferm [Internet]. 2008 [citado 25 Abr 2016];10(4):924-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a05.htm>.

15. Sun V, Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, et al. Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(1):61-72.

16. Paula MAB, Cesaretti, IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. Como cuidar de pessoas com estomias complicadas; p. 169-81.

17. Katayama RCV. Estomias: manual de orientação. São Paulo: Hospital Santa Catarina; 2006.

18. Aguiar LM, Anjos LH Assistência de enfermagem ao paciente portador de ostomia intestinal: revisão literária Nacional e Internacional. Cáceres; 2009.

19. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado médico cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

20. Vinhas MSA. Complicações das ostomias urinárias e digestivas [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2010.

21. Dell'Acqua MCQ, Coelho MA, Amancio AP, Sanches DP, Rodrigues CT, Cardoso EM, et al. Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO): Trajetória de 10 anos de extensão. In: Anais do 2º Expo-Extensão Botucatu UNESP; 2011; Botucatu, Brasil. Botucatu: UNESP; 2011. v. 1, p. 147.

22. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(3):557-64

23. Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. Rev Bras Colo-Proctol. 2011;30(4):385-92.

24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.htm.

25. Cruz GMG, Andrade MMA, Gomes DMBM, Constantino JRM, Chamone BC. Estoma & câncer retal: revisão de 195 estomas realizados em 380 pacientes portadores de câncer retal. *Rev Bras Coloproctol*. 2008;28(2):193-203.
26. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011;44(1):51-6.
27. Justino ET, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM, Moreira RC, Albini L. A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):41-6.
28. Almeida FFN, Araujo SEA, Santos FPS, Franco CJCS, Santos VR, Nahas SC, et al. Colorectal cancer screening. *Rev Hosp Clín Fac Med S. Paulo*. 2000;55(1):35-42.
29. Salles VJA, Becker CPP, Faria GMR. The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. *J Coloproctol*. 2014;34(2):73-5.
30. Bafford AC, Irani JL. Management and complications of stomas. *Surg Clin North Am*. 2013;93:145-66.
31. Mufato LF, Araújo LFS, Bellato R, Nepomuceno MAS. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que vivencia o câncer colorretal. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):407-15.
32. Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a Chronic Care Ostomy Self Management Program. *J Cancer Educ*. 2013;28(1):70-8.
33. Lenza NFB, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoc Saude*. 2013;26(1):139-45.
34. Schuwartz MP. Estomias. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. 2a ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2007. p. 262-74.
35. Cesaretti IUR, Paula MAB. Demarcação do local para a abertura da estomia. In: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IURC. *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Paulo: Yendis; 2014. p. 122-31.
36. Lima RA, Paulino EFR, Silva VMR, Loureiro AAS. Analisando produções científicas acerca da educação do enfermeiro estomaterapeuta na última década do século XXI. *Rev Enferm Prof*. 2014;1(2):462-70.

37. Ricarte MC, Silveira NI. Atuação do enfermeiro na assistência à pessoa com estomia intestinal. In: Fraga GP, Aquino JLB, Andreollo NA. *Atulaidades em clínica cirúrgica intergastro e trauma*. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 183-98.
38. World Council of Enterostomal Therapists. *International ostomy guideline*. Washington: WCET; 2014.
39. Paula PR, Speranzini MB. Colostomias e ileostomias. In: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR. *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014.16-32.
40. Seid VE, Araujo SEA, Campos FGCM. Técnicas e Complicações. In: Campos, FGCM. *Tratado de Coloproctologia*. São Paulo: Atheneu; 2012. 511-27.
41. Maciel LC. Estomias urinárias. In: Paula MAB, Cesaretti IUR. *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p.169-81.
42. Cowell J. *Fecal & urinary diversions: management principles*. St Louis: Mosby; 2004. Chap 14, p. 308-25.
43. Ahmad I, Akhtar A, Khan AUR. Intestinal Stomas - Various complications and their management. *Pakistan J Med Health Sci*. 2014;8:3 676-7.
44. Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, Mangam S, Khushal A, et al. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. *ANZ J Surg*. 2015 Dec 3. doi: 10.1111/ans.13397.
45. Martin ST, Vogel JD. Intestinal stomas indications, management, and complications. *Adv Surg*. 2012;46:19-49.
46. Hampton BG, Bryant RA. *Ostomies and continent diversions: nursing management*. Saint Louis: Mosby; 1992. p. 117.
47. Matos D, Cesareti UR. Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: aspectos preventivos e terapêuticos. In: Santos VLCC, Cesareti UR. *Assistência em estomaterapia cuidando de pessoas com estomias*. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 195-214.
48. The Children`s Hospital at Westmead. *Ostomy care*. Westmead: The Sydney Children`s Hospital Network; 2010.
49. Barr JE. Assessment and management of stomal complications. A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Manage*. 2004;50(9)50-67.

50. Connel-Gifford EO. Assessoramento para o ajuste perfeito das bolsas de ostomia através do uso de barreiras de proteção da pele e pasta ADAPT. Hollister, 2008 [Internet]. São Paulo; 2008 [citado 28 Set 2016]

51. Coloplast. Complicações com um estoma [Internet]. São Paulo: Coloplast do Brasil; 2016 [citado 8 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.coloplast.com.br/estomia/>

52. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Stoma complications: best practice for clinicians. Mt. Laurel: Wound Ostomy and Continence Nurses Society; 2014.

53. Carvalho CG, Vale CEP, Jr PCC. Experiência Inicial no Tratamento das Hérnias Paraestomais. Rev Bras Coloproctol. 2008;28(2):251-6.

54. Araujo SEA, Seid VE, Campos FGC, Nahas SC, Ceconello I. Manejo das Hérnias Paraestomais. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2011;24(4):328-33.

55. Gracia AN, Lorente JAG, Morales LE, Sánchez CD, Cortadellas AR, Sánchez BMI, et al. Análisis de las complicaciones médico-quirúrgicas en las ileostomías cutáneas. Actas Urol Esp 2004;28(6):437-42.

56. Carvalho VMJ, Cardoso JRS. Cuidados com dermatites periestomais. In: Kakiyama, CT. Curativos, estomias e dermatologia. 3a ed. São Paulo: Martinazi; 2014. p. 487-94.

57. Crohonistas [Internet]. São Paulo [citado 7 Jun 2016]. Disponível em: http://crohnistas.blogspot.com.br/2009_06_01_archive.html

58. Medscape. Pyoderma Gangrenosum Clinical Presentation [Internet]. New York: Medscape ; © 1994-2016 [citado 7 Out 2016]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1123821-clinical#b3>

59. Matos D, Cesareti UR. Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: Aspectos preventivos e terapêuticos. In: Santos VLCC, Cesareti UR. Assistência em estomaterapia cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 195-214.

60. Cesaretti IUR, Santos VLCC. Pele periestomia: prevenção e tratamento de lesão. In: Paula MAB, Cesaretti IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p. 134-49

61. Leão PHS. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. In: Campos FGCM. Tratado de coloproctologia. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 511-27.

62. Silva LEMP, Barbosa PMK. Percepção dos sentimentos de ser um portador de estomia intestinal relacionado ao tempo [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2014.

63. Bezerra IM. Assistência de Enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

64. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. 2010;8(1Pt 1):102-6.

65. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.

66. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders; 2000. Cap 13, p. 231- 50.

67. Almeida DA. Vacinação contra influenza em idosos e fatores relacionados à sua adesão: revisão integrativa da literatura e análise do conceito [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

68. Azevedo EF. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literature [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

69. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(3):549-56.

70. Hamer S. Evidence-based practice. In: Hamer S, Collinson G. *Achieving evidence-based practice: a handbook for practioners*. London: Balliere Tindall; 1999. p. 3-12.

71. Pompeo AD, Rossi LA, Galvão CM. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434-8.

72. Sampaio RF, Mancini MC. Estudo de revisão sistemática: uma guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(1):83-9.

73. Whittemore R, Kna K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.

74. Brito MFP. Avaliação do processo de identificação do paciente em serviço de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

75. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987;10(1):1-11.

76. Parisi TCH. Magnet recognition program: revisão integrative de literature. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

77. Grupo Ânima Educação. Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências [Internet]. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação; 2014 [citado 7 Out 2016]. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf.

78. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME - OPAS - OMS; 2016 [citado 7 Out 2016]. Disponível em: <http://bvsalud.org>.

79. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Coleta dados CAPES [Internet]. Brasília: Fundação Capes; 2016 [citado 7 Out 2016]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br>.

80. Medline [Internet]. US Bethesda: Medline; 2016 [citado 7 Out 2016]. Disponível em: https://www.medline.com/?ecomsessionid=j3jbBhBp6GTYnmlp2BTENw__?_requestid=39621.

81. Ministério da Educação [Internet]. São Paulo: MEC; 2016 [citado 7 Out 2016]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>.

82. Universidade de São Paulo. Institucional [Internet]. São Paulo: USP; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www5.usp.br/institucional/a-usp/>.

83. Universidade Federal de São Paulo. Apresentação [Internet]. São Paulo: UNIFESP; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/institucional/institucionalsub/apresentacao>.

84. Universidade Estadual de Campinas. História [Internet]. São Paulo: UNICAMP; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em:

<http://www.unicamp.br/unicamp/a-unicamp>.

85. Universidade Estadual Paulista. Histórico [Internet]. São Paulo: UNESP; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www.unesp.br>.

86. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. FAMERP em números [Internet]. São Paulo: FAMERP; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www.famerp.br/novoportal>.

87. Faculdade de Medicina de Marília [Internet]. São Paulo: FAMEMA; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www.famema.br>.

88. Faculdade de Medicina de Jundiaí. Instituição [Internet] São Paulo: FMJ; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://fmj.br>.

89. Universidade Federal de São Carlos. Competências [Internet]. São Carlos: UFSCAR; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www2.ufscar.br/home/index.php>.

90. Universidade de Taubaté. A universidade [Internet] São Paulo: UNITAU; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www.unitau.br>.

91. Associação Brasileira de Estomaterapia. Estomaterapia - Gestão 2015-2017 [Internet] São Paulo: SOBEST; 2016 [citado 28 Set 2016]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br>.

92. Galvão CM. Níveis de evidência. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):5.

93. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):43-50.

94. Amini E, Djaladat H. Long-term complications of urinary diversion. Curr Opin Urol. 2015;25(6):570-7.

95. Rubio-Perez I, Leon M, Pastor D, Diaz Dominguez J, Cantero R. Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: an institutional study. World J Gastrointest Surg. 2014;6(9):169-74.

96. Phatak UR, Kao LS, You YN, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Feig BW, et al. The impact of ileostomy-related complications on the multidisciplinary treatment of rectal cancer. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(2):507-12.
97. Ameer HB, Affes N, Rejab H, Abid B, Boujelbene S, Mzali R, et al. Surgical complications of colostomies. *Tunis Med*. 2014;92(7):482-7.
98. Kye BH, Kim HJ, Kim JG, Cho HM. The nutritional impact of diverting stoma-related complications in elderly rectal cancer patients. *Int J Colorectal Dis*. 2013;28(10):1393-400.
99. Syan-Bhanvadia S, Daneshmand S. Management of the continent cutaneous stomal complications. *Curr Bladder Dysfunct Rep*. 2012;7(4):294-301.
100. Shimko MS, Tollefson MK, Umbreit EC, Farmer SA, Blute ML, Frank I. Long-term complications of conduit urinary diversion. *J Urol*. 2011;185(2):562-7.
101. Gillis MG, Smith J, Craven D, Chilson T, Fowler J, Bloomfield RS. Complications of new enteral stomas: the role of ostomy nursing. *Gastroenterology*. 2011;140:5 Suppl 1:S394.
102. Liu L, Herrinton LJ, Hornbrook MC, Wendel C, Grant M, Krouse RS. Early and late complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomy or anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(2):200-12.
103. Bhatti Y, Baloch I, Shaikh GS, Deenari RA, Naz S. Frequency of complications of ileostomy: experience of 180 cases at Chandka Medical College Hospital Larkana. *Rawal Med J [Internet]*. 2010 [citado 22 Jul 2016];35(2):198-200. Disponível em: <http://www.scopemed.org/?mno=3798>.
104. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by woc nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(5):505-10.
105. Cruz GMG, Constatino JRM, Chamone BC, Andrade MMA, Gomes DM BM. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. *Rev Bras Coloproctol*. 2008;28(1):50-61.
106. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008;35(5):493-503.

107. Kouba E, Sands M, Lentz A, Wallen E, Pruthi RS. Incidence and risk factors of stomal complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder cancer. *J Urol*. 2007;178(3 Pt 1):950-4.

108. Colwell JC, Beitz J. Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) Nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34(1):57-69.

109. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2007;9(9):834-8.

110. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2006;9(6):559-61.

111. Silva LEMP. Percepção dos sentimentos de ser um portador de Estomia Intestinal relacionado ao tempo [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2014.

112. Pavan ECP. Conduas terapéuticas à pessoa com estomia intestinal em um núcleo de assistência aos ostomizados (NAO) [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2008.

113. Kameo SY. Qualidade de vida do paciente com ostomia intestinal secundário ao câncer colo-retal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

114. Scianni RC, Cesaretti IUR, Paula MAB. Estomas complicados: como cuidar. In: Cesaretti IUR, Paula MAB, Paula PR. *Estomaterapia temas básicos em estomas*. São Paulo: Cabral; 2006. p.137-58.

115. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):140-6.

116. Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2001;9(5):32-8.

117. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):643-8.

118. Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):416-22.
119. McGrath A, Porrett T, Heyman B. Parastomal hernia: an exploration of the risk factors and the implications. *Br J Nurs*. 2006;15(6):317-21.
120. Carvalho CG, Vale CEP, Castro Junior PC. Tratamento cirurgico da hérnia paraestomal por videolaparoscopia. *Rev Bras Coloproct*, 2004;24(4):311-316.
121. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(6):875-83.
122. Miranda LSG. A importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na qualidade de vida da pessoa ostomizada na comunidade [dissertação]. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2013.
123. Cesaretti IUR, Santos VLCG, Vianna LAC. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):16-21.
124. Marques EMBG, Pinto MIAC, Nunes MJA. Percepção da qualidade de vida de um grupo de pessoas ostomizadas. *Eginia Ciencia*, 2014:66-82.
125. World Health organization. Ageing and health. Achieving health across the Span. Genève: WHO; 2001.
126. Aguiar ESS, Santos AAR, Soares MJGO, Ancelmo MNS, Santos SR. Complicações do estoma e de pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. *Rev Estima*. 2011;9(2).
127. Silva EM, Popov DCS. Reabilitação do paciente ostomizado: um desafio para o enfermeiro. *Rev Enferm UNISA*. 2009;10(2):139-43.
128. Santana JCB, Dutra BS, Tameirão MA, Silva PF, Moura IC, Campos ACV. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao estomizado. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):631-8.
129. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fatores de risco [Internet]. São Paulo: INCA; 2016 [citado 7 Nov 2016]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>.
130. Kann BR. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2008;21(1):23-30.
131. Pittman J. Characteristic of the patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38(3):271-9.

132. Gates RA, Fink RM. Segredos em enfermagem oncológica: respostas necessárias ao dia-a-dia. Porto Alegre: Artmed, 2009.

133. Bellato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):334-42.

134. Pastor DM, Pauli EM, Koltun WA, Haluck RS, Shope TR, Poritz LS. Parastomal hernia repair: a single center experience. *JSLS.* 2009;13(1):170-5.

135. Crepalde PAF. Características sociodemográficas e clínicas que afetam a qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2016.

136. Paula MAB. Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas: conhecer para transformar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

APÊNDICE 1

REFERÊNCIAS DA AMOSTRA DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

1. Amini E, Djaladat H. Long-term complications of urinary diversion. *Curr Opin.* 2015;25(6):570-7.
2. Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, Mangam S, Khushal A, et al. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. *ANZ J Surg.* 2015 Dec 3. doi: 10.1111/ans.13397.
3. Rubio-Perez I, Leon M, Pastor D, Diaz Dominguez J, Cantero R. Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: an institutional study. *World J Gastrointest Surg.* 2014;6(9):169-74.
4. Phatak UR, Kao LS, You YN, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Feig BW, et al. The impact of ileostomy-related complications on the multidisciplinary treatment of rectal cancer. *Ann Surg Oncol.* 2014;21:507-12.
5. Ahmad I, Akhtar A, Khan AUR. Intestinal stomas: various complications and their management. *Pakistan J Med Health Sci.* 2014;3:676-7.
6. Ameer HB, Affes N, Rejab H, Abid B, Boujelbene S, Mzali R, et al. Surgical complications of colostomies. *Tunis Med.* 2014;92(7):482-7.
7. Kye BH, Kim HJ, Kim JG, Cho HM. The nutritional impact of diverting stoma-related complications in elderly rectal cancer patients. *Int J Colorectal Dis.* 2013;28:1393-400.
8. Bafford AC, Irani JL. Management and complications of stomas. *Surg Clin North Am.* 2013;93:145-66.
9. Syan-Bhanvadia S, Daneshmand S. Management of the continent cutaneous stomal complications. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2012;7:294-301.
10. Martin ST, Vogel JD. Intestinal stomas indications, management, and complications. *Adv Surg.* 2012;46:19-49
11. Shimko MS, Tollefson MK, Umbreit EC, Farmer SA, Blute ML, Frank I. Long-term complications of conduit urinary diversion. *J Urol.* 2011;185:562-7.
12. Rocha JJR. Estomas intestinais (Ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2011;44(1):55-6.
13. Gillis MG, Smith J, Craven D, Chilson T, Fowler J, Bloomfield RS. Complications of new enteral stomas: the role of ostomy nursing. *Gastroenterology.* 2011;140:5 Suppl 1:S394.

14. Liu L, Herrinton LJ, Hornbrook MC, Wendel C, Grant M, Krouse RS. Early and late complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomy or anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 2010;53(2):200-12.
15. Bhatti Y, Baloch I, Shaikh GS, Deenari RA, Naz S. Frequency of complications of ileostomy: experience of 180 cases at Chandka Medical College Hospital Larkana. *Rawal Med J [Internet]*. 2010;35(2):198-200 [citado 22 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.scopemed.org/?mno=3798>.
16. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by woc nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(5):505-10.
17. Cruz GMG, Constatino JRM, Chamone BC, Andrade MMA, Gomes DM BM. Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal. *Rev Bras Coloproctol*. 2008;28(1):50-61.
18. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008;35(5):493-503.
19. Kouba E, Sands M, Lentz A, Wallen E, Pruthi RS. Incidence and risk factors of stomal complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder cancer. *J Urol*. 2007;178:950-4.
20. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Rev Bras Coloproctol*. 2007;27(1):16-9.
21. Colwell JC, Beitz J. Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) Nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34(1):57-69.
22. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. *Colorectal Dis*. 2007;9:834-8.
23. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2006;9:559-61
24. Oliveira MS, Sonobe HM. As complicações precoces e tardias e a

- demarcação de estoma intestinal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
25. Vieira FS. Complicações de estoma e pele periestoma em pacientes em seguimento ambulatorial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
26. Silva LEMP. Percepção dos sentimentos de ser um portador de Estomia Intestinal relacionado ao tempo [dissertação]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2014.
27. Pavan ECP. Condutas terapêuticas à pessoa com estomia intestinal em um núcleo de assistência aos ostomizados (NAO) [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2008.
28. Kameo SY. Qualidade de vida do paciente com ostomia intestinal secundário ao câncer colo-retal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
29. Bezerra IM. Assistência de Enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
30. Matos D, Cesareti UR. Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: aspectos preventivos e terapêuticos. In: Santos VLCG, Cesareti UR. Assistência em estomaterapia cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu; 2015. p.195-214.
31. Paula MAB, Cesaretti IUR. Como cuidar de pessoas com estomias complicadas. In: Paula MAB, Cesaretti IUR. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p. 169-81.
32. Carvalho VMJ, Cardoso JRS. Cuidados com dermatites periestomais. In: Kakiyama CT. Curativos, estomias e dermatologia. 3a ed. São Paulo: Martinazi; 2014. p. 487-94.
33. Seid VE, Araujo SEA, Campos FGCM. Técnicas e complicações. In: Campos FGCM. Tratado de Coloproctologia. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 511-27.
34. Ricarte MC, Silveira NI. Atuação do enfermeiro na assistência à pessoa com estomia intestinal. In: Fraga GP, Aquino JLB, Andreollo NA. Atualidades em clínica cirúrgica intergastro e trauma. São Paulo: Atheneu; 2010. p.183-98.

35. Schuwartz MP. Estomias. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2a ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2007. p. 262-74.
36. Scianni RC, Cesaretti IUR, Paula MAB. Estomas complicados: Como cuidar. In: Cesaretti IUR, Paula MAB, Paula PR. Estomaterapia temas básicos em estomas. São Paulo: Cabral; 2006. p.137-58.

Apêndice 2
Formulário para análise de artigos

1. Número do artigo:
2. Dados referentes ao pesquisador:

1º Autor

Nome: _____

Profissão:

() Enfermeiro

() Médico Especialidade: _____

() Psicólogo

() Outros: _____

Titulação:

() Pós-doutor () Doutor () Mestre

() Especialista () Graduado () Discente ano _____

Local de atuação: _____

2º Autor

Nome: _____

Profissão:

() Enfermeiro

() Médico Especialidade: _____

() Psicólogo

() Outros: _____

Titulação:

() Pós-doutor () Doutor () Mestre

() Especialista () Graduado

() Discente ano _____

Local de atuação: _____

3. Dados referentes à publicação:

() Tese/ dissertação () Artigo () Livro

Título: _____

Ano: _____ Volume: _____ Nº: _____ Páginas: _____

País de origem: _____ Fonte (revista): _____ Idioma: _____

4. Bases de Dados

() Lilacs () PubMed () Web of Science () Embase

5. Objetivo do Estudo

6. População:

7. Amostra:

8. Tipo de estudo:

9. Aspectos abordados pelo autor:

Categorização/ Tema: _____

10. Resultados:

11. Conclusão:

12. Tipos de Complicações abordadas:

13. Tipos de Estomas:

() Ileostomia () Colostomia () Urostomia

14. Pré disposições:

15. Nível de evidência:

Apêndice 3
Artigos selecionados no estudo

| No | AUTOR | ANO | TÍTULO | ASPECTOS ABORDADOS | ESTUDO | ESTOMA | COMPLICAÇÕES | CONCLUSÃO |
|----|-------------------------------|------|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| 01 | Amini E; Djaladat H. | 2015 | Long-term complications of urinary diversion. | -Complicações de Desvio de Derivação Urinário Cutâneo Continente . - Complicações do estoma -Complicações no intestino -complicações metabólicas. | Revisão Sistemática | Urostomia | -Estenose -Hérnia Paraestomal -Estenose de bexiga -Estenose de intestino -Obstrução -Fítula -Perfuração da bolsa -Metabólica -Infecção Trato Urinário -Urolitíase | A porcentagem para complicações a longo prazo no desvio urinário é de 60%. A complicação mais comum para derivações urinárias tem sido a de ITU (Infecção do Trato Urinário) em conjunto com o estoma. Isso demonstra a grande importância de acompanhamento a longo prazo aos pacientes. |
| 02 | Harilingam M; Sebastian J. | 2015 | Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early postoperative period. | -Dados demográficos -IMC -Estoma(Colo, Ileo ou Uro) -Tipo de estoma (Alça ou terminal) -Indicação para estoma -Procedimento -Tipo de cirurgia (Eletiva ou Emergência) -Tempo de cirurgia e grau do cirurgião. | Estudo de coorte (Caso-controle) | Ileostomia Colostomia Urostomia | -Infecção -Abscesso -Retração -Necrose -Prolapso -Estenose -Obstrução -Hérnia paraestomal -Escoriação -Vazamento -Edema, -Hematoma -Saída alta | Fatores de risco relacionados ao paciente influenciam o risco de desenvolver uma complicação em estoma, além dos que fatores de risco relacionadas com a cirurgia. Intervenções no pré-operatório e pós-operatório, o planejamento, vigilância e acompanhamento deve ser orientada para grupos de risco, particularmente os pacientes obesos. |
| 03 | Rubio-Perez I; Leon M | 2014 | Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: An institutional study | -Dados demográficos -Tipo de cirurgia -Tratamento QT -Técnica cirúrgica -Tempo de estoma -Complicação | Análise Retrospectiva | Ileostomia | -Infecção da ferida -Sangramento retal -Colite Pseudomembranosa -Anemia -Obstrução Intestinal -ITU -Abscesso -Necrose -Sepse -Evisceração | Embora o fechamento de uma ileostomia protetora seja um procedimento comum, existe um número significativo de complicações, que devem ser consideradas, quando houver uma indicação. O atraso do fechamento do estoma pode aumentar os riscos de complicações, em geral e especialmente nas infecções de feridas e colites. |

| | | | | | | | | |
|----|----------------------------------|------|--|--|------------------------------------|--------------------------|---|--|
| 04 | Phatak UR; Kao LS; Et al. | 2014 | Impacto f ileostomy-related complications on the multidisciplinary treatment of rectal cancer | -Dados demográficos -Comorbidades -Desfecho primário de complicações -Desfecho dos fechamentos das ileostomias -Impacto da Terapia adjuvante -Complicações de ressecção | Análise Retrospectiva | Ileostomia | -Desidratação -Aumento da Creatinina -Ileo -Infecção de sitio cirúrgico -Obstrução -Colostomia -Sangramento -Hérnia Paraestomal | Desviar ileostomias durante o tratamento cirúrgico dos cancros retais estão associados com morbidade; no entanto, encontra o risco de morbidade relacionada à anastomose na ressecção retal. Dado o potencial benefício de derivação fecal. |
| 05 | Irfan Ahmad; Arifa Akhtar | 2014 | Intestinal stomas-various complications and their management. | -Dados demográficos -Cirurgias de emergência e eletivas. -Tipos de estoma -Complicações | Estudo descritivo | Ileostomia Colostomia | -Irritação de pele -Prolapso -Hérnia -Necrose -Retração -Hemorragia | A aplicação de técnicas cirúrgicas adequadas reduz as chances de complicações do estoma locais. |
| 06 | Ameur HB; Affes N. | 2014 | Surgical complications os colostomies | -Dados demográficos -Indicação -Tipo de estoma -Comorbidades -Tipo de cirurgia | Estudo Quantitativos Retrospectivo | Colostomias | -Prolapso -Necrose -Abscesso -Hérnia Paraestomal | Complicação cirúrgica de colostomias continuam sendo um evento raro. Prolapso é a complicação mais comum, e está relacionada principalmente à abordagem eletiva. Reoperação é muitas vezes necessária especialmente em casos de complicações precoces, com evolução pós-operatória geralmente sem intercorrências. |
| 07 | Bong-Hyeon Kye; Hyung-Jin Kim | 2013 | The nutritional impact of diverting stoma-related complications in elderly rectal câncer patients. | -Dados demográficos -Gestão de complicações do estoma -Risco Nutricional -Cirurgia (Aberta ou Laparoscopia) - QT | Análise Retrospectiva | Ileostomia | -Insuficiência Renal Aguda -Ileo -Hérnia Paraestomal -Perfuração do estoma -Prolapso -Devio Ileo -Infecção da ferida -Hérnia Incisional -Local de fuga do encerramento. | Complicações relacionadas ao estoma pode afetar o estado nutricional do paciente. A cirurgia de fechamento do estoma com o apoio nutricional adequado pode ser importante para evitar complicações e melhorar os resultados de longo prazo a qualidade de vida dos pacientes. |

| | | | | | | | | |
|----|--|------|--|--|--|--------------------------|---|---|
| 08 | Bafford AC; Irani JL. | 2013 | Management and complications of stomas | -Complicação -Fatores de Risco -Tratamento -Diagnóstico | Estudo descritivo | Ileostomia Colostomia | -Hérnia Paraestomal -Prolapso -Perda de produção alta -Irritação de pele -Retração -Estenose | A criação do estoma está associado à uma taxa global de complicações de 21% a 70%. Isso destaca a importância do papel do cirurgião em acompanhar o estoma. O cirurgião deve ser responsável não só em confeccionar o estoma, mas também em tratar as complicações pós-operatórias. |
| 09 | Sumeet Syan-Bhanvadia; Siamak Daneshmand. | 2012 | Management of the Continent Cutaneous Stomal Complications | -Seleção do Paciente -Técnica Cirúrgica -Complicações em Estomas Urinários | Revisão de Literatura | Urostomia | -Estenose -Pedras na bolsa -Bacteriúremia -Hérnia Paraestomal -Dificuldade de cateterismo -Incontinência | Muitos tipos diferentes de canais de CCD e eferentes foram descritos com sucesso. Complicações são em grande parte relacionado com o estoma e canal cateterizável. Estas complicações geralmente podem ser acompanhadas fora da sala de cirurgia, embora, ocasionalmente, é necessário re- operação. |
| 10 | Martin ST; Vogel JD. | 2012 | Intestinal Stomas (Indications, Management and complications). | -Indicações para para Ileostomia e para Colostomia. -Técnica Cirúrgica -Planejamento do Estoma -Complicações | Estudo Descritivo | Ileostomia Colostomia | -Irritação de pele -Infecção Fungica -Pioderma -Isquemia -Ileostomia de Alto rendimento -Retração -Prolapso -Hérnia Paraestomal -Obstrução. | A capacidade de construir e cuidar adequadamente de um estoma é crucial para a boa prática cirúrgica colorretal. A estomaterapia é fundamental para o êxito da gestão das estomias e suas complicações. Embora associada com morbidade, uma estomia bem construída pode fornecer aos pacientes boa qualidade de vida. |
| 11 | Shimko MS; Tollefson MK. | 2011 | Long-Term complications of Conduit Urinary diversion | -Dados demográficos -Técnica cirúrgica -Acompanhamento -Complicações a longo prazo | Estudo de coorte (retrospectivo e prospectivo) | Urostomia | -Intestinais Obstrução Abscesso Fístula entéricas -Estoma Hérnia Paraestomal Estenose -Renal Insuficiência Renal Insuficiência Renal Crônica -Pedra | Desvio de conduto urinário está associada a uma alta taxa de complicação global, mas uma taxa de re- operação baixa. O acompanhamento a longo prazo destes pacientes é necessário, acompanhar de perto, para detectar possíveis complicações da derivação urinária que podem ocorrer décadas depois. |

| | | | | | | | | |
|----|---------------------------|------|--|---|----------------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | | | | | Urolitíase Calculos no trato Superior <u>-Infecciosa</u> Pielonefrite Infecção Urinária <u>-Metabólica</u> Acidose Baixa vitamina B12 | |
| 12 | Rocha JJR. | 2011 | Estoma intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. | -Tipos de Estomas -Indicação para estomas -Complicações precoces e tardias -Planejamento -Técnica Cirúrgica. | Estudo Descritivo | Ileostomia Colostomia | -Isquemia/necrose -Sangramento -Retração -Infecção -Edema -Dermatite - Estenose -Obstrução -Prolapso -Hérnia Paraestomal -Fístula | A confecção adequada de um estoma é essencial na qualidade de vida do paciente, o qual deve ser orientado e esclarecido com detalhes, a razão pela qual será realizado a confecção do estoma temporário ou definitivo, as possíveis complicações e os cuidados a serem realizados no estoma. Para que haja uma adaptação adequada ao paciente é necessário a atividade multiprofissional. |
| 13 | M. G. Gillis; J. Smith | 2011 | Complications of new enteral stomas: The role of ostomy nursing | -Tipo de estoma -Taxa de complicações de cada tipo de estoma -Comparação dos estomas -Cuidados de enfermagem | Estudo de coorte | Ileostomia Colostomia | -Ruptura da pele -Vazamento - Dificuldades de adaptação | Este estudo não mostrou uma diferença estatisticamente significativa nas taxas de complicações entre ileostomias e colostomia. Embora este estudo retrospectivo também não mostrou a redução das complicações envolvendo o aconselhamento pré-operatório. |
| 14 | Liu LHerrinton LJ. | 2010 | Early and late complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomy or anastomosis. | -Dados demográficos -Re-hospitalização -Cirurgias subsequentes -Questionário de Qualidade de vida (MeOH-Qol-ostomy) MeOH-QV -Risco para complicações | Estudo de coorte (Caso-controle) | Colostomia | <u>Precoces</u> -Sangramento -Infecção <u>Tardias</u> -Hérnia -Retenção Urinária -Hemorragia -Doença de pele -Obstrução -Fístula | As taxas de complicação permanecem elevadas apesar dos recentes avanços nos métodos de tratamento cirúrgico. Sobreviventes com estoma tem mais complicações no início de seu período de sobrevivência, mas as complicações entre os sobreviventes de anastomose depois de 20 anos, quando os dois grupos têm taxas de complicação convergentes. Entre os sobreviventes |

| | | | | | | | | |
|----|--------------------------------------|------|---|---|--------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| | | | | | | | | de câncer colorretal com estomia, fístula tem implicações particularmente importantes para saúde relacionados com qualidade de vida. |
| 15 | Bhatti Y; Baloch I. | 2010 | Frequency of complications of ileostomy: experience of 180 cases at Chandka Medical College Hospital Larkana. | -Dados demográficos -Cirurgia de emergência sob anestesia geral e laparotomia -Indicação para estoma -Complicações | Estudo Quantitativo descritivo | Ileostomia | -Escoriações -Retração -Estebose -Prolapso -Sepse periestomal -Isquemia -Sangramento | Complicações em ileostomias eram comuns e a maioria era tratada de forma conservadora. |
| 16 | Catharine R. Ratliff | 2010 | Early peristomal skin complications reported by WOC nurses | -Dados demográficos -Tipos de estoma -Complicações de pele periestoma. | Estudo descritivo | Ileostomia Colostomia Urostomia | -Dermatite irritativa -Lesões mecânicas -Infecção por cândida -Reação Alérgica -Pioderma gangrenoso. | Estudos de investigação que descrevem complicações cutâneas periestomais existem ao longo do tempo de múltiplas configurações. Um repositório central de dados usando uma ferramenta padronizada pode ser uma maneira de controlá-los e em seguida, começar a olhar para o cuidado da pele periestomais padronizada baseada em evidências. |
| 17 | Cuz GMG; Constatino JRM; Et al | 2008 | Complicações de estomas em Câncer Colorretal: Revisão de 21 Complicações em 276 Estomas realizado em 870 pacientes portadores de CCR. | -Tipo de tumor -Tipo de cirurgia -Tipo de estoma -Tipo de complicações | Estudo Quantitativo Descritivo | Ileostomia Colostomia | -Necrose -Desabamento -Estenose tubular -Prolapso -Hérnia Paraestomal | As complicações mais frequentes foram: prolapso, necrose e estenose. A técnica mais utilizada para corrigir as complicações foram incisão periclostômica, correção do estoma, a laparotomia com colectomia e a confecção de novo estoma. |
| 18 | Joyce Pittam; Susan M. Rawl | 2008 | Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans an ostomy | -Dados demográficos -Histórico do paciente -Questionário sobre qualidade de vida para os pacientes | Estudo transversal descritivo | Ileostomia Colostomia | -Irritação de pele -Vazamento -Dificuldade de adaptação | Este estudo encontrou importantes relações entre os fatores demográficos, clínicos e complicações de estomia. Problemas de pele, vazamento e dificuldade de adaptação previsto pela pontuação total dos domínios de qualidade de vida. Estabelecer relações entre complicações de estomia e fatores demográficos, clínicos e qualidade de vida pode melhorar a identificação de pacientes em risco para o |

| | | | | | | | | |
|----|----------------------------------|------|--|--|--|---------------------------------------|--|---|
| | | | | | | | | desenvolvimento de complicações e é um primeiro passo importante para identificar o desenvolvimento de intervenções eficazes para reduzir o impacto negativo de complicações para as pessoas estomizadas. Um estudo mais aprofundado de preditores e desfechos de complicações é necessário para melhorar o atendimento. |
| 19 | Koub E; Sands M. | 2007 | Incidence and risk factors of stoma complications in patients undergoing cystectomy with ileal conduit urinary diversion for bladder câncer. | -Dados demográficos -Tempo de convivência com o estoma -Tipo de tratamento para complicações -IMC -Uso de tabaco e álcool -Anemia pré-operatória. | Estudo Quantitativo Descritivo Retrospectivo | Urostomia | -Hérnia Paraestomal -Estenose -Prolapso | Complicações em condutos ileal de desvio urinário não são comuns e ocorrem em quase 15% dos pacientes, a complicação mais comum é hérnia paraestomal. A avaliação de fatores de risco demonstram que a obesidade pode ser um fator que contribui para o desenvolvimento de complicações do estoma, particularmente nos idosos. Além disso, sugere-se que os reparos posteriores de hernia paraestomal são apenas moderadamente bem sucedidos. |
| 20 | Santos CHM; Bezerra MM. | 2007 | Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionados ao estoma. | -Dados demográficos -Tipo de estoma -Diagnóstico -Adaptação a placa -Complicações | Estudo Quantitativo Descritivo Retrospectivo | Ileostomia Colostomia Urostomia | -Dermatite -Estoma plano -Hérnia Paraestomal -Retração | Do grupo estudado, o principal motivo para realização do estoma foi neoplasia colorretal, prevalecendo o sexo masculino, com idade média de 46,8 anos. A complicação mais encontrada foi a dermatite periestomal e outro problema considerado importante foi a má adaptação da placa na pele. |
| 21 | Janice C. Cowel; Janice Beitz | 2007 | Nurse clinicians on Stoma and Peristoma complications: A content validation styde | -Complicações de estomas -Definições -Intervenções | Estudo Qualitativo | Ileostomia Colostomia | -Hérnia Paraestomal -Prolapso -Necrose -Separação mucocutânea -Retração -Estenose Fístula | A proposta de estoma, definições e intervenções periestomais foram classificadas como válidas. Tendo em conta os resultados, complicações e intervenções não identificados na literatura adicionais foram anotadas e precisam ser examinados e pesquisados. |
| 22 | Cottam J | 2007 | Results of a Nationwide | -Dados demográfico -IMC | Estudo Quantitativo | Ileostomia Colostomia | -Retração -Separação | A protrusão do estoma, tipo de estoma e sexo do paciente são fatores de risco |

| | | | | | | | | |
|----|---------------------------|------|---|---|--------------------------------------|--------------------------|--|--|
| | | | prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. | -Tipo de cirurgia -Tipo de estoma -Indicação - | Descritivo | a | Mucocutânea -Localização -Necrose -Prolapso | significativos identificados neste estudo. O índice de massa corporal não afetou o resultado. Pacientes submetidos a um procedimento de emergência são mais propensos a ter um problema com o estoma. A variação significativa de complicações de centro a centro indica uma técnica cirúrgica com fator chave na formação do estoma e subsequente para a qualidade de vida do paciente. |
| 23 | Caricato M; Ausania F. | 2006 | Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. | -Dados demográficos -Tipo de estoma -Indicação -Tipo de cirurgia -Comorbidades -Tipos de complicações -Acompanhamento | Estudo Quantitativo Descritivo | Ileostomia Colostomia | -Hérnia Paraestomal -Estenose -Prolapso -Retração -Escoriação de pele -Vazamento -Abscesso peristomal -Oclusão Intestinal | Neste estudo de acompanhamento de longo prazo, colostomia terminal e pacientes mais jovens tiveram uma menor incidência de complicações. Um grande estudo prospectivo é necessário para confiar nos resultados. |

Apêndice 4

Dissertações selecionadas no estudo

| No | AUTOR | ANO | TÍTULO | ASPECTOS ABORDADOS | ESTUDO | ESTOMA | COMPLICAÇÕES | CONCLUSÃO |
|----|-----------------------------|------|--|--|--|--------------------------|---|---|
| 24 | Oliveira MS, Sonobe HM. | 2014 | As complicações precoces e tardias e a demarcação do estoma intestinal. | -Dados demográficos -Demarcação -Tipo de estoma -Indicação -Tipo de cirurgia -IMC -Comorbidade -Complicação | Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. | Ileostomia Colostomia | -Dermatite -Hérnia Paraestomal -Mau funcionamento -Prolapso -Retração -Sangramento | Os pacientes demarcados apresentam um menor número de complicações em relação aos pacientes não demarcados no pré-operatório. Contudo, é necessário que se estabeleça correções entre demarcação e os demais fatores de risco para ocorrência de complicações de estoma e pele periestoma, descrito na literatura, como idade, IMC, técnica cirúrgica, tipo de estoma e procedimentos eletivos. |
| 25 | Vieira FS, Sonobe HM. | 2014 | Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial. | -Dados demográficos -IMC -Presença de comorbidades -Diagnóstico médico -Tipo de cirurgia -Tipo de estoma -Técnica cirúrgica -Dispositivos e adjuvantes -Complicação -Resolução de complicações. | Estudo descritivo prospectivo quantitativo. | Colostomia | Complicações em estoma: -Necrose -Prolapso -Hérnia paraestomal Complicações pele periestoma -Dermatite | Conclui-se que no seguimento ambulatorial desta clientela, há necessidades de avaliação periódica e sistematizada em relação ao autocuidado, indicação aos equipamentos coletores e adjuvantes com adaptação as necessidades dos fatores de risco para prevenção dessas complicações. |
| 26 | Silva LEMP, Barbosa PMK. | 2014 | Percepção dos sentimentos de ser um portador de estomia intestinal relacionado ao tempo. | -Sentimento de adaptação ao novo estilo de vida -Sentimento de negação | Estudo qualitativo | Ileostomia Colostomia | -Vazamento -Adaptação -Alteração da imagem corporal -Negação -Indignação -Isolamento social. | Diante dos resultados, infere que conhecer os sentimentos dos pacientes estomizados se faz necessário para compreendê-los de forma integral. |

| | | | | | | | | |
|----|------------------------------------|------|--|---|---|---|------------------------------------|---|
| 27 | Pavan ECP, Dell'Aqcu MCQ. | 2008 | Conduas terapêuticas à pessoa com ostomia intestinal de um núcleo de assistência aos ostomizados (NAO) | -Dados demográficos -Dados socioeconômico -Informações clínicas -Demarcação -Tipos de estoma -Complicações | Estudo epidemiol ógico descritivo transvers al | Ileostomia Colostomi a Urostomia | -Prolapso -Hérnia -Dermatite | Acredita-se, que este estudo ofereceu outras opções para o cuidado a pessoa estomizada se realizasse; que poderão assim, de acordo com as indicações, escolher o que desejam para suas vidas. No caso de complicações em estomas a melhor sugestão ocorreu no seguimento ambulatorial. |
|----|------------------------------------|------|--|---|---|---|------------------------------------|---|

Apêndice 5
Livros selecionados no estudo

| No | AUTOR | ANO | TÍTULO | ASPECTOS ABORDADOS | ESTUDO | ESTOMA | COMPLICAÇÕES |
|-----------|---------------------------|------------|---|--|--------------------|---------------------------------------|--|
| 30 | Matos D, Cesaretti IUR. | 2015 | Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: Aspectos preventivos e terapêuticos. | - Complicações precoces e tardias; -Estomas intestinais e urinários; -Aspectos preventivos e terapêuticos. | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia Urostomia | <u>Complicações precoces:</u> -sangramento -isquemia -necrose -edema -retração -separação mucocutânea. <u>Complicações tardias:</u> -retração -estenose -prolapso -hérnia paraestomal -disfunção do estoma. <u>Complicações de pele:</u> -Dermatite periestoma -varizes -lesão pseudoverrucosas -neoplasia maligna. |
| 31 | Paula MAB, Cesaretti IUR. | 2014 | Como cuidar de pessoas com estomias complicadas. | -Fatores de risco para complicações; -Principais complicações que ocorrem nas estomias. | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia | -Necrose -Sangramento -Edema -Retração -Separação Mucocutânea -Prolapso -Hérnia Paraestomal -Dermatite -Lesões de pele. |

| | | | | | | | |
|----|------------------------------|------|---|--|--------------------|--------------------------|--|
| 32 | Carvalho VMJ, Cardoso JRS | 2014 | Cuidados com dermatites periestomais | - Definições e tipos de dermatites; Etiologia; Assistência de enfermagem. | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia | -Dermatite alérgica -Dermatite por trauma mecânico -Dermatite por infecção -Dermatite por QT ou Radio |
| 33 | Seid VE, Araújo SEA. | 2012 | Técnicas e complicações. | -Indicações de estoma; -Alterações fisiológicas; -Fluxo, volume e trânsito; -Balanço hidroeletrólítico; -Flora e Nutrição; -Técnicas cirúrgicas; -Complicações. | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia | -Dermatite -Estoma de alto fluxo -Nefrolitíase -Obstrução intestinal -Isquemia -Hemorragia -Hérnia Paraestomal |
| 34 | Ricarte MC, Silveira NI. | 2010 | Atuação do enfermeiro na assistência à pessoa com estomia intestinal. | - Indicação para estoma; -Tipos de estomas; -Assistência no pré-operatório; -Demarcação; -Assistência no pós-operatório; -Avaliação do estoma e pele periestoma; -Equipamentos e dispositivos; | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia | -Hérnia -Edema -Necrose -Dermatite |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------|------|--|---|--------------------|---------------------------------------|--|
| 35 | Schwartz MP. | 2007 | Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem. | <ul style="list-style-type: none"> - Tempo de permanência com a estomia; -Tipo de procedimento cirúrgico realizado; -Localização do estoma; -Cuidados pré-operatórios; -Demarcação; -Cuidados pós-operatórios; -Dispositivos, equipamentos e acessórios; -Complicações mais frequentes. | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia Urostomia | <ul style="list-style-type: none"> -Isquemia -necrose -retração -separação mucocutânea. -prolapso -hérnia paraestomal -estenose. -Dermatite periestoma -foliculite edema -abscesso. |
| 36 | Scianni RC, Cesaretti IUR. | 2006 | Estomas complicados: como cuidar. | Definições e classificação de complicações; Assistência de enfermagem. | Capítulo de livro. | Ileostomia Colostomia Urostomia | <ul style="list-style-type: none"> -Isquemia -Sangramento -Edema -Retração -Separação Mucocutânea -Estenose -Prolapso -Hérnia Paraestomal -Dermatite |

ANEXO 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CAMPUS DE BOTUCATU

Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1326/1328/1329

E.Mail: cenf@fmb.unesp.br



Ofício nº 248/2016-Dep.Enf

Botucatu, 13 de Junho de 2016.

À Senhora

Profa Dra Maria Ângela Boccara

Universidade de Taubaté - UNITAU

e-mail boccaradepaula@hotmail.com

Prezada Professora Dra Maria Ângela Bocarra;

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP, minha orientadora é a Professora Dra Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua.

Minha dissertação de mestrado trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre complicações em estomas intestinais e urinários.

Estou realizando a busca em bases de dados, mas tenho interesse em acrescentar livros, dissertações e teses como dados em minha dissertação.

Foi sugerido que procurasse os cursos de especialização em estomaterapia no Estado de São Paulo, por meio dos profissionais responsáveis por conteúdo em Estomaterapia, e então solicitar a indicação de livros utilizados em disciplinas com conteúdos referentes à complicações em estomas.

Venho por este, pedir por gentileza, se Vs. Sa. poderia me indicar as referências de livros utilizados no curso de especialização em Estomaterapia oferecido pela Instituição de ensino, a qual é responsável, relacionados aos cuidados com estomas e complicações.

Desde já agradecemos pela atenção, atentiosamente.

Stella G. S. Lima

Enfermeira Mestranda

UNESP - FMB - PPG Enfermagem

Prof. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Orientadora

Departamento de Enfermagem

FMB-UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU



Departamento de Enfermagem
 BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1326/1328/1329
 E.Mail: cenf@fmb.unesp.br

Ofício nº 251/2016-Dep.Enf

Botucatu, 13 de Junho de 2016.

Ao Senhores

Profa.Adj. Dra. Maria Helena Pinto

Profa. Dra. Adriana Pelegrini dos Santos Pereira - e-mail: adrianapelegrini@famerp.br

Prof. Ms. João Junior Gomes

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP

Prezados docentes;

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP, minha orientadora é a Professora Dra Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua.

Minha dissertação de mestrado trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre complicações em estomas intestinais e urinários.

Estou realizando a busca em bases de dados, mas tenho interesse em acrescentar livros, dissertações e teses como dados em minha dissertação.

Foi sugerido que procurasse os cursos de especialização em estomaterapia no Estado de São Paulo, por meio dos profissionais responsáveis por conteúdo em Estomaterapia, e então solicitar a indicação de livros utilizados em disciplinas com conteúdos referentes à complicações em estomas.

Venho por este, pedir por gentileza, se Vs. Sas. poderiam me indicar as referências de livros utilizados no curso de especialização em Estomaterapia oferecido pela Instituição de ensino, a qual é responsável, relacionados aos cuidados com estomas e complicações.

Desde já agradecemos pela atenção, atenciosamente.

Stella G. S. Lima

Enfermeira Mestranda

UNESP - FMB - PPG Enfermagem

Prof. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Orientadora

Departamento de Enfermagem

FMB-UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU



Departamento de Enfermagem
 BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1326/1328/1329
 E.Mail: cenf@fmb.unesp.br

Ofício nº 253/2016-Dep.Enf

Botucatu, 13 de Junho de 2016.

As Senhoras

Profa. Ms. Ana Paula Guarnieri

Profa. Esp. Daisy Barreiros Archila

Profa Ms. Erica Chagas

Profa Esp. Suelen Augusto de Oliveira

Profa Esp. Kelly Camarozano Machado - e-mail: azuldomar2@gmail.com

Faculdade de Medicina do ABC - FUABC

Prezadas docentes;

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP, minha orientadora é a Professora Dra Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua.

Minha dissertação de mestrado trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre complicações em estomas intestinais e urinários.

Estou realizando a busca em bases de dados, mas tenho interesse em acrescentar livros, dissertações e teses como dados em minha dissertação.

Foi sugerido que procurasse os cursos de especialização em estomaterapia no Estado de São Paulo, por meio dos profissionais responsáveis por conteúdo em Estomaterapia, e então solicitar a indicação de livros utilizados em disciplinas com conteúdos referentes à complicações em estomas.

Venho por este, pedir por gentileza, se Vs. Sas. poderiam me indicar as referências de livros utilizados no curso de especialização em Estomaterapia oferecido pela Instituição de ensino, a qual é responsável, relacionados aos cuidados com estomas e complicações.

Desde já agradecemos pela atenção, atentiosamente.

Stelld G. S. Lima

Enfermeira Mestranda

UNESP - FMB - PPG Enfermagem

Prof. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Orientadora

Departamento de Enfermagem

FMB-UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU



Departamento de Enfermagem
BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1326/1328/1329
E.Mail: cenf@fmb.unesp.br

Ofício nº 250/2016-Dep.Enf

Botucatu, 13 de Junho de 2016.

À Senhora

Profa Dra Sônia Regina Perez Evangelista Dantas
Universidade de Campinas - UNICAMP
e-mail dantas@hc.unicamp.br

Prezada Professora Dra Sônia Regina;

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP, minha orientadora é a Professora Dra Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua.

Minha dissertação de mestrado trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre complicações em estomas intestinais e urinários.

Estou realizando a busca em bases de dados, mas tenho interesse em acrescentar livros, dissertações e teses como dados em minha dissertação.

Foi sugerido que procurasse os cursos de especialização em estomaterapia no Estado de São Paulo, por meio dos profissionais responsáveis por conteúdo em Estomaterapia, e então solicitar a indicação de livros utilizados em disciplinas com conteúdos referentes à complicações em estomas.

Venho por este, pedir por gentileza, se Vs. Sa. poderia me indicar as referências de livros utilizados no curso de especialização em Estomaterapia oferecido pela Instituição de ensino, a qual é responsável, relacionados aos cuidados com estomas e complicações.

Desde já agradecemos pela atenção, atenciosamente.

Stella G. S. Lima
Enfermeira Mestranda
UNESP - FMB - PPG Enfermagem

Prof. Dra. Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua
Orientadora
Departamento de Enfermagem
FMB-UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU



Departamento de Enfermagem
 BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18603-970 - Telefone (014) 3880-1326/1328/1329
 E.Mail: cenf@fmb.unesp.br

Ofício nº 249/2016-Dep.Enf

Botucatu, 13 de Junho de 2016.

À Senhora

Profa Dra Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos
Universidade de São Paulo - USP
e-mail vera@usp.br

Prezada Professora Dra Vera Lúcia;

Sou aluna do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP, minha orientadora é a Professora Dra Magda Cristina Queiroz Dall'Acqua.

Minha dissertação de mestrado trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre complicações em estomas intestinais e urinários.

Estou realizando a busca em bases de dados, mas tenho interesse em acrescentar livros, dissertações e teses como dados em minha dissertação.

Foi sugerido que procurasse os cursos de especialização em estomaterapia no Estado de São Paulo, por meio dos profissionais responsáveis por conteúdo em Estomaterapia, e então solicitar a indicação de livros utilizados em disciplinas com conteúdos referentes à complicações em estomas.

Venho por este, pedir por gentileza, se Vs. Sa. poderia me indicar as referências de livros utilizados no curso de especialização em Estomaterapia oferecido pela Instituição de ensino, a qual é responsável, relacionados aos cuidados com estomas e complicações.

Desde já agradecemos pela atenção, atentamente.

Stella G. S. Lima
 Enfermeira Mestranda
 UNESP - FMB - PPG Enfermagem

Prof. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua
 Orientadora
 Departamento de Enfermagem
 FMB-UNESP