

Érika Cibele Pereira Pavan

**CONDUTAS TERAPÊUTICAS À PESSOA COM OSTOMIA
INTESTINAL DE UM NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA AOS
OSTOMIZADOS (N A O)**

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação: Mestrado
Profissional da Faculdade de Medicina
Botucatu - Universidade Estadual Paulista
para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em
Saúde em Enfermagem

Orientadora: PROF^a. DR^a. Magda Cristina
Queiroz Dell'Acqua

**BOTUCATU
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Pavan, Érika Cibebe Pereira.

Condutas terapêuticas à pessoa com ostomia intestinal de um núcleo de assistência aos ostomizados (N A O) / Érika Cibebe Pereira Pavan. – Botucatu : [s.n.], 2008.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

Orientador: Prof. Dr^a. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua
Assunto CAPES: 40400000

1. Enfermagem. 2. Enterostomia. Ostomia.

CDD 610.73677

Palavras-chave: Colostomia; Consulta de enfermagem; Enfermagem; Irrigação; Ostomia.

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena...”

(Fernando Pessoa)

Dedicatória



*A Deus sem cuja força e luz não
poderia estar hoje oferecendo este sonho
que se tornou realidade....*

*À minha mãe Cidinha, pessoa muito
especial em minha vida, sempre por perto e
acreditando em mim;*

*Ao meu pai Elói, a qual sempre me
espelha, respeito e admiro;*

*Ao meu esposo Nil, pela paciência, amor e
carinho sempre;*

*Às minhas filhas Bruna e Beatriz, pois a
minha conquista é para vocês: obrigada por
existirem;*

*Ao meu sobrinho Giovanni, minha
paixão...*

Agradecimento Especial



*À Magda, minha querida orientadora,
profissional competente, pela convivência
enriquecedora, pelo apoio, incentivo,
respeito, amizade e grandes contribuições à
minha vida profissional: vencemos!*

Muito obrigada por tudo!

Agradecimentos



Às pessoas ostomizadas do Núcleo de Assistência aos Ostomizados do HC-FMB-UNESP, as quais me permitiram trocas e aprendizado;

À Sr^a. Benedita, exemplo de força e vida;

As alunas da Graduação em Enfermagem, Isis, Maria Diamantina, Natalia, Tiene, Carolina e Suelen, pela contribuição no Núcleo de Assistência aos Ostomizados;

À Valéria, Suzi, Meire, Patrícia, Amanda e Cris pela intensa convivência nesta “montanha russa”: adoro vocês!!!

Ao professor de Estatística, Hélio pelo apoio e prontidão;

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem que muito contribuíram para a minha aprendizagem;

À Ariane e toda equipe de enfermagem da Gastroenterologia cirúrgica pelo apoio e colaboração;

Ao residente Samuel pelas infinitas explicações e paciência;

À simpática Meirinha pelo “suporte bibliográfico”;

À bibliotecária Rose pela gentileza;

À secretária Elisandra pela eterna atenção;

Ao Renato e Denise (NEAD) pelas sugestões...;

À enfermeira Débora pela disposição no momento que precisei;

À Divisão de Enfermagem pela liberação às aulas e oportunidade;

À Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro ao curso;

Ao Hospital das Clínicas pela liberação bolsa - Famesp;

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da FMB pelo excelente atendimento;

À Adnice e Abílio pela atenção na formatação deste trabalho;

Durante este caminhar inúmeras pessoas contribuíram direta e indiretamente para o meu crescimento profissional. A TODOS o meu muito obrigada!

Epígrafe



*“Quando a gente acha que tem todas as
respostas, vem a vida e muda todas as perguntas...”*

(Luís Fernando Veríssimo).



SUMÁRIO

Lista de Tabelas	
Lista de Gráficos	
Resumo	
Abstract	
Resumen	
1. Introdução.....	1
1.1 Auto-irrigação intestinal da colostomia.....	12
2. Objetivos.....	22
2.1 Geral.....	23
2.2 Específicos.....	23
3. Metodologia.....	24
3.1 Conceitos Teóricos e Técnicos.....	25
3.2 Local	27
3.2.1 Criação do Núcleo de assistência aos ostomizados.....	28
3.3 Sujeitos do estudo.....	32
3.4 Autorização Institucional.....	32
3.5 Coleta de Dados.....	33
3.6 Coleta de Dados e sua Categorização.....	34
3.7 Análise dos Dados.....	34
4. Resultados e Discussão.....	36
5. Conclusões.....	85
6. Referências	89
Anexos.....	98
1 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	99
2 - Formulário A: Critérios para indicação de medidas terapêuticas para os usuários do NAO.....	100
3 - Locais para demarcação de estoma.....	103
4- Técnica de Auto-Irrigação Intestinal.....	104
5- Tipos de complicações de ostomia intestinal.....	108
6- Instrumento de avaliação e seguimento de pessoas com ostomia intestinais no pós-operatório para condutas terapêuticas.....	109
7- Declaração dos Direitos dos Ostomizados.....	115
8- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	117



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos usuários cadastrados no Núcleo de Assistência aos Ostomizados do HC-UNESP - FMB, segundo o tipo de derivação realizada.....	37
Tabela 2 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo sexo.....	40
Tabela 3 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a raça.....	40
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o estado civil.....	41
Tabela 5 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a escolaridade.....	43
Tabela 6 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a presença de banheiro azulejado no domicílio.....	44
Tabela 7 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a presença de rede de esgoto no domicílio.....	44
Tabela 8 -	Distribuição dos pacientes em relação à sair de casa para trabalho ou lazer antes da realização da ostomia intestinal...	45
Tabela 9 -	Distribuição dos pacientes em relação à conduta após a ostomia.....	47
Tabela 10 -	Distribuição dos pacientes em relação à realizar trabalho fora de casa.....	48
Tabela 11 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal que trabalham fora de casa segundo o constrangimento em seu ambiente de trabalho.....	49
Tabela 12 -	Distribuição dos pacientes em relação à modificação de sua atividade sexual após a realização da ostomia.....	50
Tabela 13 -	Distribuição dos pacientes em relação a opinião acerca da sua atividade sexual.....	52
Tabela 14 -	Distribuição dos pacientes em relação à modificação de seu relacionamento familiar após a realização da ostomia.....	53
Tabela 15 -	Distribuição dos pacientes em relação à opinião acerca do relacionamento familiar após a ostomia.....	54
Tabela 16 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o diagnóstico médico.....	59
Tabela 17 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal com Neoplasias Intestinais segundo a localização.....	59
Tabela 18 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal com Doenças Intestinais segundo o tipo.....	60

Tabela 19-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo a presença de doenças associadas.....	60
Tabela 20-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo vigência de tratamento.....	61
Tabela 21-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a presença de deficiências.....	61
Tabela 22-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o tipo de Segmento Exteriorizado.....	65
Tabela 23-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o tipo de ostomia realizada.....	66
Tabela 24-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo a realização da demarcação pré-operatória para a confecção da ostomia.....	68
Tabela 25-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com presença de complicações após a cirurgia.....	69
Tabela 26-	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o tipo de equipamento indicado	72
Tabela 27 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com intervalo das evacuações.....	73
Tabela 28-	Resumo descritivo e valor de p referente à comparação entre os tipos de derivação.....	75
Tabela 29-	Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre os tipos de derivação.....	76
Tabela 30-	Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre opção da pessoa em realizar o fechamento da ostomia.....	78
Tabela 31-	Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a opção da pessoa em realizar o fechamento da ostomia.....	79
Tabela 32-	Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a opção da pessoa em realizar o treinamento para a auto-irrigação.....	80
Tabela 33-	Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a opção da pessoa em realizar o treinamento para a auto-irrigação.....	80
Tabela 34 -	Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a avaliação final.....	82



LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a opinião sobre o fechamento da ostomia.....	55
Gráfico 2 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a opinião de aprender o processo de auto-irrigação.....	56
Gráfico 3 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal em relação ao tipo de cirurgia realizada.....	62
Gráfico 4 -	Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal em relação ao tipo de derivação realizada.....	64
Gráfico 5 -	Distribuição absoluta dos pacientes ostomizados de acordo com o tipo de complicações apresentadas após a cirurgia.....	70
Gráfico 6 -	Distribuição absoluta das pessoas ostomizadas em relação à Avaliação final.....	74



RESUMO

CONDUTAS TERAPÊUTICAS À PESSOA COM OSTOMIA INTESTINAL DE UM NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA AOS OSTOMIZADOS (N A O).

O Núcleo de Assistência ao Ostomizado (NAO) é um serviço ambulatorial especializado que atende desde 1994. Com a intenção de reavaliar esse serviço e as condutas terapêuticas à pessoa ostomizada foi proposto o estudo. A cirurgia que conduz a confecção de um estoma produz mudanças na imagem corporal da pessoa que poderá comprometer várias dimensões de sua vida. Assim, o paciente ostomizado ao se deparar com o estoma no pós-operatório passa a conviver com essa nova realidade, apresentando demandas peculiares. Com isso, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil social, avaliar o perfil clínico dos usuários do NAO, indicar a conduta de acordo com sua condição para a reconstrução do trânsito intestinal; a auto-irrigação pela colostomia e/ou por consulta de enfermagem no ambulatório. Para isto foi proposto um instrumento sistemático de acompanhamento em pós-operatório que possibilitasse o seguimento dos casos novos e/ou pessoa ostomizada já cadastrada neste serviço. Tratou-se de um estudo clínico-epidemiológico, descritivo, transversal, que foi realizado junto ao Ambulatório de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia Cirúrgica do HC – FMB – UNESP. Os dados, após aprovação do Comitê de Ética, foram coletados, por meio de formulário. De acordo com os resultados, observou-se o perfil dos usuários com ostomia 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 ostomia intestinal realizaram cirurgia em até 1 ano,

50% dos pacientes realizaram em até 3 anos e 25% são ostomizados há mais de 10 anos. Após a avaliação final constatou-se que 28,2% das pessoas com ostomia 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. O instrumento sistemático mostrou-se adequado para a avaliação e conduta terapêutica.

DESCRITORES: Ostomia, colostomia, enfermagem, irrigação, consulta de enfermagem.



ABSTRACT

TREATMENT METHODS FOR INTESTINAL OSTOMY PATIENTS BY OSTOMY TREATMENT TEAMS (NAO)

The ostomy treatment team (NAO) is a specialized outpatient service which has been in operation since 1994. The aim of this study was to evaluate treatment methods for ostomy patients. Surgery which leads to fitting of a stoma produces changes in a person's appearance which can impact different areas of their life. Also, new ostomy patients have specific needs to help them get used to living with this new stoma after surgery. The objective of this study was to characterize social profile, evaluate clinical profile of NAO users, and suggest treatment according to their condition: intestinal transit reconstruction; self irrigation by colostomy; and/or nursing consultation at the outpatient clinic. A systematic post-surgery instrument was proposed to follow new or ostomized patients already enrolled in our clinic. This was a descriptive transversal clinical epidemiological study performed in conjunction with the Coloproctological Outpatients Clinic of the Surgical Gastroenterology Department, University Hospital, FMB – UNESP. After Ethics Committee approval, data were collected using the form. According to the results, intestinal ostomy patient profile was: 51.3% were male; 83.4% white; 59.0% married, and 80.8% without higher education. Mean age was 61.30 ± 16.76 years. Around 25% of intestinal ostomy patients had undergone surgery in the last year, 50% in the last 3 years, and 25% had been ostomized for more than 10 years. Final evaluation showed 28.2% indicated for intestinal transit reconstruction; of these 52.2% were already available to begin pre-operative treatment, 33.3% were indicated for self irrigation, with 61.5% of these who

met the required criteria wanted to start it according to an already determined plan and 38.5% would continue outpatient follow-up with nursing consultations. The systematic instrument was an adequate method of evaluating treatment method.

KEYWORDS: Ostomy, colostomy, nursing, irrigation, nursing consultation.



RESUMEN

CONDUCTAS TERAPÉUTICAS PARA PERSONAS CON OSTOMÍA INTESTINAL DE UN NÚCLEO DE ASISTENCIA A LOS OSTOMIZADOS (N A O).

El Núcleo de Asistencia al Ostomizado (NAO) es un servicio de ambulatorio especializado que atiende desde 1994. El estudio fue propuesto con la intención de reabalar ese servicio y las conductas terapéuticas a la persona ostomizada. La cirugía que conduce la confección de un estoma produce cambios en la imagen corporal de la persona que podrá comprometer varias dimensiones de su vida. Así, el paciente ostomizado al depararse con el estoma en el pos-operatorio pasa a convivir con esa nueva realidad, presentando demandas peculiares. Con eso, el objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil social, abalear el perfil clínico de los usuarios del NAO, indicar la conducta de acuerdo con su condición para la reconstrucción del tránsito intestinal; la auto irrigación por la colostomía y/o por consulta en la enfermería en el ambulatorio. Para esto fue propuesto un instrumento sistemático de acompañamiento en pos-operatorio que posibilita el seguimiento de los casos nuevos y/o persona ostomizada ya catastrada en este servicio. Se trató de un estudio clínico-epidemiológico, descriptivo, transversal, que fue realizado junto al Ambulatorio de Coloproctología del Departamento de Gastroenterología quirúrgica del HC – FMB – UNESP. Los datos, después de la aprobación del Comité de Ética, fueron colectados, por medio de formulario. De acuerdo con los resultados, se observó el perfil de los usuarios con ostomía intestinal, siendo 51,3% de los usuarios del sexo masculino; 83,4% blancos; 59,0% casados y 80,8% con escolaridad primaria o secundaria. La edad media fue de 61,30 años con desvío patrón de 16,76.

Cerca de 25% de los pacientes con ostomía intestinal realizaron cirugía en hasta 1 año, 50% de los pacientes realizaron en hasta 3 años y 25% de los pacientes son ostomizados hace más de 10 años. Después de la evaluación final se constató que 28,2% de las personas con ostomía intestinal tienen indicación para la cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal, siendo que, de este total 52,2% se refirieron que ya estaban disponibles para entrar en el pre-operatorio; 33,3% tienen indicación para realizar el proceso de auto-irrigación, siendo que 61,5% de estas personas que atendieron a los criterios deseaban iniciarlo de acuerdo con una planificación ya determinada y 38,5% permanecerán con seguimiento en el ambulatorio por medio de consultas en la enfermería. El instrumento sistemático se mostró adecuado para la evaluación y conducta terapéutica.

DESCRIPTORES: Ostomía, colostomía, enfermería, irrigación, consulta en la enfermería.



1. INTRODUÇÃO

A vivência profissional como enfermeira supervisora da Seção Técnica de Gastroenterologia Cirúrgica há 11 anos e atuando no Núcleo de Assistência aos Ostomizados de um Hospital de Ensino do interior de São Paulo, possibilitou reconhecer as demandas apresentadas por pessoas ostomizadas, bem como, pensar sobre o processo de trabalho nestes locais.

No Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) há pessoas ostomizadas assistidas neste serviço ambulatorial desde 1994. O atendimento é especializado, realizado por meio de consulta de enfermagem às pessoas que o buscam e adquirirão os equipamentos, imprescindíveis para sua vivência nesta nova condição de vida.

O estudo pretende reavaliar a dinâmica deste serviço especializado, traçando o perfil clínico e social dos usuários que freqüentam o ambulatório denominado de Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) e avaliar as pessoas portadoras de derivações intestinais que poderão realizar a cirurgia para a reconstrução do trânsito intestinal ou utilizar a estratégia da auto-irrigação pela colostomia, como mais uma possibilidade de cuidado na condição de estar ostomizado, cabendo questionar:

- Existem pessoas ostomizadas no Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) que poderiam ter a indicação para a reconstrução do trânsito intestinal ou para auto-irrigação da colostomia?
-

- Seria apropriada a construção de um instrumento sistemático para a avaliação e indicação de conduta terapêutica?

Em estudo com objetivo de compreender a experiência de pessoas com derivações intestinais, quanto ao enfrentamento à nova condição de vida, nas diversas dimensões fundamentais no processo saúde-doença, portanto, “bio-psico-sócial”, os achados evidenciaram-se por três categorias centrais intituladas “eu não escolhi; tive que aceitar e conviver com a ostomia”. A forma para manejar a condição de estar revelou-se por estratégias de enfrentamento tanto baseadas na emoção, como no problema. Os dados deixaram revelados que há um processo de adaptação psicológica ⁽¹⁾.

Para a reabilitação as pessoas ostomizadas enfrentam muitos problemas que podem ser compreendidos nas dimensões física, psicológica e social ⁽²⁾.

As palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia são de origem grega e significam boca ou abertura e são utilizadas para a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo. Conforme o segmento exteriorizado, as ostomias recebem nomes diferenciados, sendo no intestino grosso denominado colostomia e no intestino delgado a ileostomia. A técnica da ostomia é, portanto, a abertura de um órgão por meio de ato cirúrgico formando uma boca que passa a ter contato com o meio externo para eliminações de secreções como fezes e/ou urina ⁽³⁾.

Entende-se, então, por ostomizado, um indivíduo adulto, idoso ou criança portadora de uma ostomia.

Nos últimos anos, a demanda de pessoas ostomizadas cadastradas no NAO aumentou consideravelmente, tendo como necessidade a reavaliação do serviço, que resultaria em avaliar sistematicamente os indivíduos cadastrados pelos membros da equipe multiprofissional.

O NAO foi criado em 04 de Abril de 1994 e iniciaram-se os atendimentos com trinta e nove (39) pessoas cadastradas ⁽⁴⁾. Após 11 anos de assistência, o ambulatório conta hoje com cento e cinquenta e um (151) cadastrados, que residem nas cidades pertencentes à antiga Direção Regional de Saúde de Botucatu (DIR XI - Botucatu), atual Departamento Regional de Saúde (DRS VI – Bauru), que era composta por 31 municípios: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Areiópolis, Anhembí, Avaré, Barão Antonina, Bofete, Botucatu, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itabera, Itaí, Itaporanga, Itatinga, Laranja Paulista, Manduri, Paranapanema, Pardinho, Pereiras, Piraju, Porangaba, Pratânia, São Manoel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá e Torre de Pedra ⁽⁵⁾. Este atendimento ambulatorial poderá ser estendido aos 38 municípios pertencentes a atual DRS VI, após repactuação com a Regional de Bauru.

Enfatiza-se que, todas as pessoas oriundas destes municípios podem acessar este ambulatório, independente o encaminhamento ser feito por serviços públicos ou privados para avaliação, acompanhamento e o recebimento gratuito de equipamentos.

Os dispositivos, que são as bolsas coletoras, pó protetor e demais equipamentos para a contenção dos efluentes drenados involuntariamente, têm sido oferecidos aos usuários do nosso serviço que os recebem com qualidade e em número suficiente até a próxima consulta agendada. Os mesmos são adquiridos e garantidos por meio do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI), através de verbas da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Estar ostomizado certamente demanda cuidado especializado e neste Núcleo as enfermeiras que realizam a consulta de Enfermagem aos usuários fazem parte de um pequeno grupo composto por docentes do Departamento de Enfermagem, alunos da graduação em enfermagem da UNESP inseridos em projetos de extensão universitária (PROEX) sob a coordenação das docentes e por enfermeira especializada em Gastrocirurgia. Isto tem garantido o acolhimento, o estabelecimento dos vínculos, proporcionado à prestação da assistência e do cuidado necessário a cada pessoa que acessa o serviço⁽⁶⁾.

O ambulatório tem a maioria dos usuários idosos, acima de 60 anos, totalizando 48% o que direciona as ações que representam suporte social específico para dar as condições necessárias para essa clientela.

As causas que levam à realização de uma ostomia são variadas: sendo as principais, neoplasias de intestinos delgado e grosso, os traumas, as hérnias encarceradas e atresias anorretais, eventualmente com o aparecimento espontâneo de estoma e são realizadas na tentativa de oferecer sobrevida em situações que seriam, de outra forma, sem esperança^(7,8).

Destaca-se como uma das causas o Câncer, porém considera-se as doenças inflamatórias, genéticas e os traumas com causas relevantes para morbidade e a possibilidade de resultar em ostomia.

Quanto à estimativa elaborada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) aponta que até o fim do ano de 2008 deverão ser registrados 467.440 novos casos de câncer no Brasil ⁽⁹⁾.

Em termos de incidência, o câncer de colon e reto são a terceira causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos. Os padrões geográficos são bem similares entre homens e mulheres, porém, o câncer de reto é cerca de 20 a 50% maior em homens na maioria das populações ⁽⁹⁾.

O número de casos novos de câncer de colon e reto estimado para o Brasil no ano de 2008 são de 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres, sendo que, em homens é o terceiro mais freqüente na região Sudeste (19/100.000); nas regiões Sul (21/100.000) e Centro-Oeste (10/100.000) ocupa a quarta posição; nas regiões Nordeste (4/100.000) e Norte (3/100.000), ocupam a quinta e sexta posição, respectivamente. Para mulheres é o segundo mais freqüente na região Sudeste (21/100.000), o terceiro nas regiões Sul (22/100.000), Centro-Oeste (11/100.000) e Nordeste (6/100.000), enquanto na região Norte (4/100.000) é o quinto mais freqüente ⁽⁹⁾.

Os dados demonstram a relevância da doença, para ambos os sexos, não só pela morbidade e possibilidade de realização da colostomia, mas também pelas altas taxas de mortalidade ⁽⁹⁾.

O tratamento do câncer colorretal consiste de procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sendo as duas últimas terapias associadas à cirurgia. A ressecção cirúrgica do local afetado e a realização de uma colostomia permanente constituem-se na mais efetiva terapia para o câncer colorretal. A terapêutica cirúrgica consiste na ressecção do cólon e do reto, quando o cirurgião realiza, concomitantemente, a ostomia, que desvia o trajeto intestinal para uma abertura criada na parede abdominal ⁽¹⁰⁾.

Para o grupo de doenças inflamatórias e tumores no intestino, milhares de pessoas recorrem anualmente à extração deste órgão a fim de permanecerem com vida. Mas uma série de preconceitos, mitos e muita desinformação em torno de sua condição, ainda dificultam sua reabilitação social ⁽¹¹⁾.

Portanto, de acordo com a patologia e seu respectivo tratamento cirúrgico, milhares de pessoas estão portadoras de ostomias intestinais no mundo, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), cuja estimativa aponta que 0,25% da população mundial tenha algum tipo de ostomia ⁽¹²⁾.

A pessoa ostomizada, além de sobreviver às doenças, passa a assumir outras incumbências em presença de tal derivação. A literatura mostra que os indivíduos ostomizados enfrentam várias perdas que podem ser reais

ou simbólicas. A perda do controle da eliminação de fezes e gases, condição mandatória para a vida em sociedade, pode acarretar o isolamento psicológico e social, baseado em sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais. Essas pessoas deparam-se com a mutilação de sua imagem corporal e auto-estima, com sentimentos de repugnância de si mesmas, de desprestígio diante da sociedade e de não serem capazes de enfrentar tal situação^(13,14,15).

O segmento do cólon a ser exteriorizado depende do local comprometido do intestino, do tipo de afecção, da cirurgia, das condições clínicas do doente e da preferência do cirurgião⁽¹⁶⁾.

Dependendo da etiologia da doença o cirurgião indica a realização de uma ostomia temporária ou definitiva.

As ostomias temporárias são realizadas para desviar o trânsito intestinal a fim de proteger uma sutura ou anastomose distal, sendo denominada de estoma “protetor”, tendo em vista o seu fechamento, isto é, a reconstrução do trânsito num curto período de tempo como quando realizadas nas ileostomias e colostomias em alça⁽¹⁶⁾.

As principais indicações da ileostomia em alça são: como “proteção” de anastomoses distais íleo-anal, íleo-retal e colo-retal para desfuncionalizar o segmento distal comprometido como, por exemplo, a doença intestinal inflamatória, colite isquêmica, etc.; para descomprimir um segmento obstruído como no caso de câncer e doença diverticular. A colostomia em alça pode ser indicada em condições eletivas como, por exemplo, para “proteger”

anastomoses colo-retais "baixas" ou de urgência, por exemplo, no câncer obstrutivo⁽¹⁶⁾.

As ostomias definitivas são realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer, resultando em amputação de reto⁽¹⁶⁾.

A construção de um estoma deve ser evitada sempre que possível; entretanto, o custo associado ao convívio com a doença pode ser extremamente alto e a propriedade da indicação cirúrgica pode ser constatada pela observação de que a qualidade de vida pode melhorar, após realização de um estoma, quando bem indicado. Paradoxalmente à vertiginosa melhora e ao progresso dos cuidados com o ostomizado, o número de estomas definitivos vem caindo consideravelmente, após o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, antibioticoprofilaxia e o desenvolvimento dos aparelhos de sutura mecânica⁽¹⁷⁾.

Ao estoma é fixada uma bolsa coletora chamada de dispositivo, sendo identificada como elemento patognomônico do ostomizado, ao representar a extensão do próprio corpo, uma vez fixada ao estoma, e ao permitir a materialização da vivência do corpo alterado e a mediação da percepção da qualidade do sofrimento do ostomizado, além de serem ambos – bolsa / ostomia⁽³⁾.

Para minimizar esse sentimento, o ostomizado deve utilizar um dispositivo confortável, bem adaptado, discreto, praticamente imperceptível, confiável e seguro^(16,17).

Os equipamentos coletores obedecem a critérios para: promover segurança individual e conforto, possibilitar liberdade aos movimentos, ajustar-se adequadamente à forma e localização dos estomas, conservar a integridade da pele peri-estoma, dar proteção aos ruídos e odores característicos das eliminações, ser imperceptível às vestimentas, ser de custo acessível, estar disponível no mercado, atender as especificações para seu uso e ser de fácil manuseio ⁽¹⁸⁾.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização deste procedimento acarreta uma série de mudanças na vida e requer cuidado específico da enfermagem ⁽³⁾.

Na Enfermagem a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser o profissional responsável pelo cuidado é um educador, tanto para o paciente quanto para a família, realizando as avaliações e orientações. A educação em saúde deve ser como um processo de ensino que o enfermeiro faz com seus clientes com o objetivo deles aprenderem a se autocuidarem, além de se tornarem multiplicadores dos conhecimentos da área ⁽¹⁹⁾.

Portanto, a assistência de enfermagem deve ser integral, individualizada e interativa, pois o cuidado requer conhecimento do outro e a pessoa que cuida deve ser capaz de entender as necessidades do cuidado e a elas responder de forma adequada ⁽²⁰⁾.

Ao realizar a consulta de enfermagem, enquanto atividade privativa conforme regulamentação do exercício profissional ⁽²¹⁾, então, o

enfermeiro deve avaliar clinicamente, individualizando cada pessoa, indicando os dispositivos, considerando esses elementos, ou seja, o limite clínico e a maneira de ser do ostomizado. A família ou pessoa significativa poderá estar inserida na dinâmica de cuidar do ostomizado.

É papel do enfermeiro ajudar a reduzir essa apreensão, apresentando as informações objetivas acerca do procedimento cirúrgico, da criação e dos cuidados com a ostomia, bem como, permitir que qualquer dúvida possa ser abordada.

O estoma sobre o abdome não possui controle muscular voluntário e poderá esvaziar-se a intervalos irregulares; a regulação pode ser conseguida por irrigações ou permitindo que o intestino se esvazie naturalmente ⁽²²⁾.

É tratado em estudos à utilização de métodos alternativos como: o natural, que consiste no emprego de dieta obstipante, com ou sem a associação de medicamentos; operações que retardam o trânsito intestinal; o condicionamento físico, que consiste na utilização da contração muscular abdominal; a irrigação, método mecânico de controle do hábito intestinal e a utilização de dispositivos oclusores, ou seja, sistemas de tampão adaptados externamente ao abdômen, com o objetivo de controlar a função intestinal no colostomizado ⁽²³⁾.

Apesar de serem ainda timidamente utilizados em nosso país o método de irrigação e o sistema oclutor são procedimentos não cirúrgicos, de caráter não invasivo, oferecendo baixos riscos e que pela facilidade de uso têm

sido considerados excelentes alternativas na busca da reabilitação em colostomizados ⁽²⁴⁾.

Apresenta-se a seguir o método da auto-irrigação pela colostomia, pois se trata de uma conduta terapêutica que tem sua indicação e neste estudo esta estratégia faz parte dos aspectos conceituais e técnicos que serão descritos.

1.1 Auto-irrigação intestinal da colostomia

A irrigação da colostomia é um método mecânico para o controle das exonerações intestinais. Consiste num enema realizado a cada 24, 48 ou 72 horas, cujo fluído, enviado ao intestino grosso através do estoma, estimula sua peristalse em massa e, assim, o esvaziamento do conteúdo fecal. Podendo defendê-la, portanto, como uma evacuação programada. A diminuição conseqüentemente da flora bacteriana colônica acarreta ainda redução da formação de gases ^(25,26,27).

O método de irrigação foi mencionado pela primeira vez na literatura por Pillore e Fine, no século XVIII, como meio de controlar a passagem de fezes e gases pelo estoma⁽²⁸⁾. Mas, somente a partir de 1927, quando foi citado pela literatura Inglesa com os trabalhos de Lockhart-Mummery, houve maior interesse na Inglaterra. Posteriormente, com as publicações de Gabriel(1945) e Dukes(1947), o procedimento foi praticamente abandonado em toda Europa, em função das dificuldades técnicas que

acarretavam complicações graves por perfurações intestinais, devido ao uso de sondas retais para a realização deste procedimento ^(29,30,31).

A partir de 1950, com a utilização de equipamentos apropriados e com o aprimoramento dos dispositivos próprios, principalmente pela substituição da sonda retal por um cone, maleável, além do surgimento da Estomaterapia, é que o método passou a ser amplamente utilizado nos EUA ^(30,31,32,33).

O sistema ou o aparelho de irrigação consiste em uma bolsa plástica, graduada, transparente, com um dispositivo regulador da temperatura e tubo conector, acoplado a extremidade cônica maleável e pinça de controle de fluxo de água; manga drenável, transparente para fixação em anel avulso ou placa protetora e cinto elástico ajustável à manga. Este kit conforme a descrição será apresentado como fotos, junto ao anexo 3.

Ao irrigar o estoma a intervalos regulares o paciente poderá participar de suas atividades sociais e profissionais sem o temor de drenagem das fezes, além de, estabelecer um hábito intestinal regular em colostomizados, reduzir gases e odores e, em decorrência desses, diminuir a frequência do uso dos dispositivos coletores e o aparecimento de lesões de pele peri-estoma, minimizando os custos financeiros e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida ⁽⁷⁾.

No Brasil, diversos grupos têm preconizado o emprego do método e, em 1989, SANTOS e KOIZUMI ^(23,24,34) passaram a divulgá-lo de maneira sistematizada, preferindo utilizar a nomenclatura auto-irrigação por

considerá-la mais adequada, uma vez que o procedimento prioriza o aprendizado do cliente, mesmo que a família participe efetivamente do tratamento.

A indicação da auto-irrigação da colostomia é sempre médica e deve ser feita o mais precoce possível. Quanto ao treinamento o enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro treinado pelo estomaterapeuta será responsável por esse processo de planejamento, avaliação e treinamento educativo ⁽³⁴⁾. A irrigação tem indicação absoluta aos clientes portadores de colostomias à esquerda (cólon descendente ou sigmóide), terminais e definitivas, sem doenças intestinais ou gerais associados ^(25,26,27,35).

As contra indicações relativas, ou seja, merecerão avaliação especializada, as alterações do estoma (prolapso, hérnia, retração) ou de pele periestoma (principalmente dermatites), tratamento de radio ou quimioterapia e incapacidades para o autocuidado (deficiência mental e ou visual, idade avançada, alterações osteoarticulares e outras) ^(25,27,36).

A literatura mostra vários estudos sobre o ensino da técnica de irrigação aos colostomizados, destaca-se assim, o processo de treinamento aqui descrito proposto por SANTOS e KOIZUMI ^(23,34). Dessa forma, o treinamento deve ser realizado em três sessões que devem ser programadas sempre no mesmo horário e em dias consecutivos:

1ª sessão: na qual a técnica é executada e orientada, passo a passo pelo enfermeiro especializado ou treinado, precedida de explanação

sobre o procedimento (usando-se folhetos, fotos ou vídeos) e demonstração do equipamento;

2ª sessão: após constatação dos resultados obtidos com a primeira irrigação, o cliente relembra os passos da técnica executando-a, a seguir, com a ajuda do enfermeiro, que reforça os pontos principais a serem observados;

3ª sessão: novamente o cliente informa acerca dos resultados da segunda sessão e relata a técnica, antes de executá-la sob a supervisão do enfermeiro. Nesta etapa é avaliada sua competência em auto-irrigar-se sem auxílio. Caso o enfermeiro julgue necessário, novas sessões serão marcadas ^(23,34).

Após a fase de treinamento, o ostomizado é orientado a irrigar-se diariamente, sempre no mesmo horário por ele estabelecido, durante os seis meses seguintes, com no mínimo, três retornos ambulatoriais ou visitas domiciliares nesse ínterim. Depois desse período, a frequência da auto-irrigação poderá ser alterada, em função da resposta intestinal do cliente e julgamento do especialista, para 48 ou até 72 horas. Além dessas recomendações, o procedimento não deve ser efetuado em jejum absoluto e após as refeições, estabelecendo uma distância de pelo menos duas horas após a última refeição ^(23,34).

Na última fase do treinamento, procura-se certificar que os pacientes estejam aptos para a auto-irrigação, considerando-se os critérios propostos ⁽¹²⁾ apresenta-se a seguir:

- descrever os passos do procedimento da irrigação;
- identificar a altura adequada da base do irrigados em relação ao próprio ombro, na posição sentada ou em pé;
- reconhecer o volume e a temperatura adequados da água;
- retirar o ar do sistema de conexões antes de introduzir o cone no estoma;
- introduzir e manter o cone na colostomia de forma adequada, sem comprimí-la e sem permitir médios e grandes vazamentos que possam comprometer os resultados;
- infundir a água em velocidade constante, no tempo preconizado (5 a 10 minutos);
- impedir a penetração de ar no intestino, ao término da fase de infusão;
- reconhecer os principais problemas que podem ocorrer durante e após a irrigação, além de suas respectivas soluções;
- descrever os cuidados de conservação e limpeza do equipamento para a irrigação ^(23,34).

A técnica de auto-irrigação conforme as figuras 1 a 7 (anexo 4), é dividida em 3 fases: a **1ª fase** ou de infusão da água que dura de 5 a 10 minutos e é variável conforme o volume utilizado e as reações do cliente; a **2ª fase** ou de drenagem ou de descarga que, em geral, ocorre imediatamente

após a primeira e leva cerca de 10 a 20 minutos e a **3ª fase** ou de drenagem residual, em torno de 30 a 45 minutos.

“O procedimento técnico engloba os seguintes passos:

1ª fase:

- encaminhar materiais e equipamentos para o banheiro ou sala do enteroclisma;
 - remover a bolsa coletora ou similar em uso e desprezá-la;
 - limpar o estoma e a pele periestoma com água morna e sabonete;
 - adaptar a bolsa drenadora ao estoma, fixando-a no abdômen através de cinto elástico, devidamente colocado ou na própria flange da placa-base, em caso de sistema de 2 peças;
 - preparar o irrigador, introduzindo a água morna, em volume já estabelecido previamente pelo enfermeiro (750 a 1500 ml);
 - retirar o ar do sistema de conexões e, em seguida, pinçar a extensão plástica;
 - fixar o irrigador em suporte de pedestal ou parede, à frente do cliente, com base ao nível de seus ombros ou no máximo 10 a 20 centímetros acima, com o indivíduo em posição sentada ou em pé (conforme preferência individual);
 - colocar a extremidade inferior da bolsa drenadora dentro do vaso sanitário;
-

- colocar a luva na mão direita, lubrificar o dedo médio e efetuar o toque digital da colostomia, este item deve ser executado pela enfermeira na primeira sessão, objetivando a dilatação do estoma e a verificação da direção da alça intestinal para inserção mais segura do cone, não necessitando ser repetida nas próximas aplicações;

- lubrificar o cone com glicerina líquida ou xylocaína geléia a 2 % sem vasoconstritor;

- inserir o cone suavemente no estoma, com movimentos rotatórios, pelo interior da bolsa drenadora. O cone deve ser introduzido até o nível em que a água penetre no intestino sem vazamentos. Em casos de resistência à inserção, abrir a pinça permitindo a entrada de pequena quantidade de água, o que deve facilitar a penetração restante. Caso a resistência se mantenha, não forçar, passando a infundir a água dessa maneira ou interrompendo a irrigação;

- infundir água em 5 a 10 minutos, em velocidade constante, observando a ocorrência de reações negativas do cliente e possíveis complicações como câibras, cólicas, sudorese, vertigens, náuseas ou vômitos. Estas reações implicam na parada momentânea da infusão;

- fechar a pinça de controle da infusão da água assim que esta acabar, impedindo a penetração de ar no cólon;

- remover o cone do estoma, possibilitando que a drenagem se efetue através da bolsa coletora diretamente dentro do vaso sanitário;

2ª fase:

- aguardar 10 a 20 minutos, efetuando massagens abdominais para facilitar a drenagem, que deve ocorrer em sua maior parte nesse período;
- lavar a bolsa drenadora internamente com água corrente e fechar suas extremidades superior e inferior, com presilha específica;

3ª fase:

- desenvolver atividades que favoreçam a drenagem residual como andar, alimentar-se, barbear-se, ler, lavar louças, etc. Esta fase ocupa de 30 a 45 minutos;
- voltar ao banheiro, esvaziar a bolsa drenadora e retirá-la;
- limpar adequadamente o estoma e a pele periestoma e adaptar a bolsa coletora ou similar habitual;
- lavar “o aparelho completo de irrigação com água e sabão, dependurando-o a sombra para secar ^(23,34)”.

É importante que, ao término do programa de treinamento, seja fornecido ao ostomizado, um manual de orientações que se constitua de um guia, não só para a execução do procedimento, mas também para resolução dos problemas mais freqüentes. A nossa experiência revela isto, ressalta-se que somente com este guia não exclui a necessidade da enfermeira acompanhar o seguimento e avaliação da pessoa ostomizada que está realizando auto-irrigação.

O indivíduo precisa de possibilidade para aprender uma nova forma de viver e lidar com a sua condição de estar ostomizado ⁽³⁷⁾.

Há estudos que demonstram que a auto-irrigação pode facilitar a convivência no seu meio social e promover assim a sua saúde, minimizando as alterações psicológicas, sociais e biológicas ⁽³⁸⁾.

Após a descrição dos conceitos e da técnica da auto-irrigação destaca-se que no ambulatório de atendimento aos ostomizados, o NAO, tem-se também um número pouco expressivo de usuários que fazem irrigação pela colostomia, 1,7% das pessoas com ostomia intestinal, o que certamente aumentaria se tivéssemos condições em número de enfermeiras para procederem à avaliação clínica e o processo educativo que necessitam para se auto-irrigarem ⁽⁶⁾.

Para o atendimento sistematizado ao usuário, as fases do processo de enfermagem são utilizadas durante a Consulta de Enfermagem: Histórico de Enfermagem, com a entrevista por meio de questionário com perguntas sobre: identificação, idade, antropometria, co-morbididades, hábitos intestinais, questões sobre a vida do ostomizado, dentre outros e o exame físico direcionado ao ostomizado; Prescrição de Enfermagem avalia-se a pessoa e ocorre a decisão clínica pela enfermeira, oferecendo indicação de condutas e a Evolução de Enfermagem realizada a cada retorno ambulatorial.

Para oferecer o cuidado de enfermagem, utilizando as etapas sistemáticas a todos os ostomizados, faz-se necessário ter enfermeiras com competências específicas e recursos humanos suficientes que garantam esse cuidado.

Considerando que aproximadamente há 151 ostomizados atendidos no serviço; que o atendimento semanal a 2 casos novos e 10 retornos é realizado por 2 enfermeiras e 4 graduandas de enfermagem; que quando há indicação de auto-irrigação para o treinamento precisa-se de aproximadamente 1h e ½ para vencer o programa educativo e mais 1h e ½ para monitorar esse processo, que será contínuo; que se for indicada à reconstrução do trânsito, esta não será imediata, porque a equipe de coloproctologistas convive com demanda reprimida de aproximadamente 40 pessoas aguardando a cirurgia; que após a cirurgia há alta porcentagem de pacientes que serão avaliados somente no N.A.O., por todas essas evidências formulamos a seguinte hipótese: existem pessoas ostomizadas no NAO; que poderiam ser avaliadas sistematicamente utilizando-se um instrumento que indicaria a reconstrução do trânsito intestinal ou a indicação para a auto-irrigação.

A análise dos dados, a correlação e a conduta clínica na indicação para a reconstrução do trânsito intestinal ou auto-irrigação ao perfil deste usuário, podem possibilitar a estas pessoas uma maneira para se adaptar à sua condição de ostomizado, retornando ao serviço, à vida social e familiar.

Diante do exposto fica explicitada a importância e relevância da investigação nessa temática, a qual poderá contribuir com a assistência às pessoas portadoras de derivações intestinais, que atendam aos critérios e possam, então, reconstruir o seu trânsito intestinal o mais breve possível ou utilizar a auto-irrigação como mais uma possibilidade para viver essa experiência de estar ou ser um ostomizado.



2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Aplicar os aspectos conceituais e técnicos enquanto referências primárias de Pillore e Fine ⁽²⁸⁾, Santos e Koizumi ^(23,34) e Goffi ⁽¹⁶⁾ e identificar a porcentagem dos pacientes com condições para indicações de condutas terapêuticas como: a reconstrução do trânsito intestinal, a auto-irrigação intestinal pela colostomia e o seguimento ambulatorial.

2.2 Específicos

- Caracterizar e avaliar o perfil das pessoas com derivação intestinal do Núcleo de Assistência aos Ostomizados segundo dados clínicos, sócio-econômicos e a opção do paciente, classificando-os para a indicação de: reconstrução do trânsito intestinal, auto-irrigação intestinal pela colostomia ou seguimento ambulatorial.
 - Propor um instrumento de avaliação e seguimento de pessoas ostomizadas no pós-operatório que possibilite a indicação para as condutas terapêuticas, como reconstrução de trânsito intestinal, auto-irrigação pela colostomia ou seguimento ambulatorial por meio de consulta de enfermagem.
-



3. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo clínico-epidemiológico, descritivo observacional, transversal, de aferição mista, no qual foi utilizado um sistema de classificação de pacientes proposto por Pillore e Fine ⁽²⁸⁾, Santos e Koizumi ^(23,34) e Goffi ⁽¹⁶⁾, com vistas à tomada de decisão sobre a melhor conduta clínica terapêutica para pessoas ostomizadas, quanto aos critérios para indicação o mais precoce de reconstrução do trânsito intestinal ou a auto-irrigação pela colostomia.

3.1. Conceitos Teóricos e Técnicos

Foi adotado no estudo como conceitos teóricos e técnicos os descritos por Goffi ⁽¹⁶⁾, Pillore e Fine ⁽²⁸⁾ e Santos e Koizumi ^(23,34) que em síntese é:

- avaliação de indicação para a reconstrução do trânsito intestinal: ocorre quando as ostomias são do tipo temporárias: realizadas para desviar o trânsito intestinal protegendo uma sutura ou anastomose distal (estoma “protetor”), tendo em vista o seu fechamento num curto período de tempo, como quando realizadas nas ileostomias e colostomias em alça.

É descrito também que as principais indicações da ileostomia em alça são: como “proteção” de anastomoses distais como, íleo-anal, íleo-retal e colo-retal; para desfuncionalizar o segmento distal comprometido como, por exemplo, na doença intestinal inflamatória, colite isquêmica, etc.; para descomprimir um segmento obstruído exemplificado pela existência de câncer,

doença diverticular). A colostomia em alça pode ser indicada em condições eletivas (por exemplo, para “proteger” anastomoses colo-retais “baixas”) ou de urgência (por exemplo, no câncer obstrutivo).

O intervalo de tempo que se espera para o fechamento do estoma depende da situação que determinou sua abertura. Por exemplo, se a colostomia foi aberta para desfuncionalizar temporariamente uma anastomose, ela pode ser fechada tão logo se comprove a integridade definitiva da anastomose. Nestas situações tende-se a fechar a colostomia cada vez mais precocemente, havendo autores que preconizam seu fechamento até na mesma internação hospitalar. No entanto, o intervalo mínimo que se deve esperar é de 30 dias, conforme Goffi, 2004⁽¹⁶⁾.

- **avaliação para a indicação da auto-irrigação da colostomia:** o processo de treinamento aqui descrito é proposto por SANTOS e KOIZUMI^(23,34), sendo realizado em três sessões que devem ser programadas sempre no mesmo horário e em dias consecutivos.

O início do treinamento é variável, geralmente quando o ostomizado encontra-se em melhores condições físicas, aproximadamente após um mês de pós-operatório. Pode ser realizada pela enfermeira e terá conjuntamente o parecer do médico para essa conduta. Quanto ao treinamento para seu uso deve ser feito pelo enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro habilitado e o acompanhamento da evolução das pessoas ostomizadas deve ser realizado por meio das consultas de enfermagem^(23,34)

Existe a indicação absoluta aos clientes, sendo eles: portadores de colostomias à esquerda (cólon descendente ou sigmóide), terminais e definitivas, sem doenças intestinais ou gerais associados^(25,27,36).

As contra-indicações relativas são as alterações do estoma como o prolapso, hérnia, retração ou de pele periestoma, principalmente as dermatites, tratamento de radio ou quimioterapia e incapacidades para o autocuidado no caso de deficiência mental e/ou visual, idade avançada, alterações osteoarticulares dentre outras). Devem ser realizadas também avaliações globais do usuário em relação ao seu estado de saúde geral, condições locais do estoma e pele periestoma e condições sanitárias residenciais, além dos aspectos de domínio cognitivo, afetivo e psicomotor que interferem na aprendizagem^(25,27,36).

Com esses pressupostos teóricos é que será proposta a avaliação dos ostomizados, indicando-lhes a conduta para o seu processo de cuidar.

3.2 Local

Esta pesquisa foi realizada junto ao Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) vinculado ao Ambulatório de Coloproctologia da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital das Clínicas (HC) – Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - UNESP, com os atendimentos realizados por enfermeiras e docentes do Departamento de Enfermagem (FMB)-UNESP, no Bloco II (Ambulatório), às sextas-feiras, semanalmente, sendo as consultas agendadas previamente.

3.2.1 Criação do Núcleo de Assistência aos Ostomizados

Foi a partir de 1970 que o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) deu início no estado de São Paulo à distribuição de dispositivos para ostomias, mas não oferecia uma assistência especializada a essa clientela. Com o crescente número de Ostomizados, em meados de 1978, um grupo de profissionais implantou em Várzea do Carmo um programa objetivando a reabilitação. Tal experiência culminou na criação do Centro Paulista de Assistência aos Colostomizados (CPAC), atual Associação de Ostomizados do Estado de São Paulo - AOESP -Secretaria do Estado de Saúde em 1983 ⁽⁴⁾.

Houve então a necessidade da descentralização deste serviço, com a proposta de oferecer assistência integral, bem como a capacitação de recursos humanos através do Sistema Único de Saúde (SUS)-SP.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (HC-FMB-UNESP), é referência no atendimento terciário do Oeste Paulista e por isso, encontra-se alta demanda de clientes que são ostomizados.

Diante das dificuldades encontradas por esta clientela após a alta hospitalar, no que tange à assistência adequada, uma equipe multiprofissional que trabalha no HC-FMB-UNESP se propôs a organizar um grupo que pudesse efetuar tal atendimento. Então em 1994 esse grupo foi composto por médicos docentes do Ambulatório de Coloproctologia,

enfermeiras docentes do Departamento de Enfermagem, enfermeira responsável pela Enfermaria de Gastroenterologia e demais enfermeiros do HC, assistente social e nutricionista do HC e alunos da graduação em Enfermagem e Medicina.

Tendo em vista que o antigo ERSA-24 (atual DRS VI) Bauru-SP não dispunha naquele momento, de recursos humanos e espaço físico para a implantação do núcleo, embora pudesse responsabilizar-se pela aquisição dos equipamentos, foi realizado um acordo via Supervisão do Hospital das Clínicas (HC), onde a assistência multiprofissional seria prestada pelos profissionais da Universidade já citados e o espaço físico para os atendimentos seria disponibilizado juntamente com o Ambulatório de Coloproctologia, no Bloco II, às sextas-feiras no HC-FMB-UNESP.

Firmado este acordo, iniciaram-se os cadastros dos pacientes Ostomizados do Serviço e da região para posterior agendamento e consultas⁽⁴⁾.

As atividades iniciaram-se oficialmente no HC - FMB - UNESP em 04 de Abril de 1994, com 39 pessoas ostomizadas com 151 cadastrados^(4,6).

Com isto, após a cirurgia, o indivíduo poderá ter o estoma de forma permanente ou temporário. Independente do caso faz-se necessário a avaliação e seguimento pelos profissionais especializados.

As mudanças físicas no organismo são tão importantes que implicam em modificações no conceito de auto-estima e necessidade de readaptação psicológica.

Assim, com esta concepção, as finalidades deste ambulatório apresentam-se:

- Promover assistência sistematizada e integral às pessoas portadoras de estomas intestinais e urológicos e famílias, viabilizando a sua reintegração à sociedade, oferecendo subsídios educacionais e os dispositivos adequados às necessidades individuais;
 - Viabilizar a integração das assistências primária, secundária e terciária à saúde, através do trabalho em equipe multiprofissional, cumprindo as principais orientações do Sistema Único de Saúde.
 - Promover a extensão dos serviços da Universidade à comunidade por meio da formação acadêmica, constituindo o NAO em campo de ensino e pesquisa às profissionais de saúde.
-

Quanto ao atendimento de enfermagem foi planejada a realização de consulta de enfermagem, visando avaliar as condições de saúde do cliente seguindo-se as seguintes etapas:

- Consultas de casos novos = coleta de dados, 1ª entrevista, com exame físico detalhado, onde são estabelecidos diagnósticos de enfermagem, por demandas, norteados as ações do enfermeiro, frente às necessidades individuais, prescrições de enfermagem e evolução de enfermagem.
- Consultas de retorno = exame físico sumarizado, para a avaliação e seguimento do cliente, e a periodicidade do retorno depende do estado geral individualizado. Este período que irá determinar a quantidade de dispositivos (bolsas) que serão fornecidas. Mantêm-se as etapas da consulta de enfermagem.

Salienta-se que todos os dispositivos assim como foi pactuado no início do atendimento em 1994, têm sido adquiridos via atual DRS VI - Bauru, não implicando em gastos para o HC-UNESP, fornecendo sempre quantidades suficientes em relação aos tipos e qualidade do material. Em contrapartida a Universidade mantém seus profissionais docentes e enfermeiros dando seqüência ao cumprimento dos objetivos propostos. As consultas são remuneradas via SUS, transformando-se em receita para o Hospital das Clínicas.

3.3 Sujeitos do estudo

O universo do estudo foi constituído pelos usuários cadastrados no Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO). O ambulatório conta hoje com 151 indivíduos cadastrados, que residem nas cidades pertencentes à antiga Direção Regional de Saúde (DIR XI) - Botucatu, atual Departamento Regional de Saúde (DRS VI) - Bauru representada pelos 31 municípios que a compunha ⁽⁵⁾.

3.4 Autorização Institucional

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, acompanhado por autorização do Médico e do Docente do Departamento de Enfermagem responsável pelo Ambulatório e pelo médico responsável pela Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica (Coloproctologia), bem como pela Diretora da Divisão de Enfermagem do HC-FMB-UNESP. Recebeu o parecer favorável OF nº. 591/2006 (**anexo 8**).

3.5 Coleta de Dados

Foi dada ciência sobre a investigação aos sujeitos e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orienta a Resolução 196/96 ⁽³⁹⁾ do Ministério da Saúde (**anexo 1**).

Os dados foram coletados de Outubro de 2006 até Julho de 2007 completando a totalidade dos usuários cadastrados até Julho de 2007 no NAO sendo os mesmos foram convocados pela pesquisadora e /ou compareceram em consultas previamente agendadas.

Constatou-se que, comparando o estudo realizado em Janeiro de 2005 para avaliação do perfil dos ostomizados com os dados dos ostomizados cadastrados até julho de 2007, do total de 151 pessoas cadastradas ocorreram: 30(1,9%) óbitos; 07(4,6%) reconstruções do Trânsito Intestinal; 11(7,2%) transferências para outros serviços; 05(3,3%) pessoas acamadas impossibilitadas de responder ao formulário (não entrevistadas); 10(0,6%) pessoas não encontradas depois de reiteradas tentativas; portanto, foram entrevistadas 88(58,2%) pessoas cadastradas. Desse modo, até Julho de 2007, 88 usuários participaram deste estudo.

3.6 Dados coletados e sua categorização

Os dados foram coletados mediante a aplicação do formulário A, (**anexo 2**) constando de perguntas fechadas e abertas, referentes à avaliação dos critérios para a indicação de: reconstrução do trânsito intestinal; auto- irrigação intestinal pela colostomia e/ou acompanhamento por meio das consultas de enfermagem. A coleta ocorreu durante as consultas de enfermagem realizadas pela própria pesquisadora.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram eletronicamente compilados em uma planilha pela própria pesquisadora e utilizou-se do Programa Microsoft Excel/2003. Para o tratamento dos dados, usou-se o SPSS versão 15.0.

Fez-se um estudo descritivo observando as frequências absolutas e percentuais.

Calcularam-se médias e desvios-padrão referentes aos percentuais, bem como, foram realizados testes estatísticos como Teste de Mann-Witney, Qui-Quadrado, teste exato de Fischer, ANOVA.

Utilizou-se de gráficos de setores, gráficos de colunas e tabelas, para representação dos resultados.

A interpretação foi embasada no referencial teórico de acordo com Pillore e Fine ⁽²⁸⁾, Santos e Koizumi ^(23,34) e Goffi ⁽¹⁶⁾ segundo a indicação terapêutica: reconstrução do trânsito intestinal, auto-irrigação intestinal pela colostomia e/ou seguimento ambulatorial.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO



Constatou-se que comparando o estudo realizado em Janeiro de 2005 ⁽⁶⁾ para avaliação do perfil dos ostomizados e os dados dos ostomizados cadastrados até julho de 2007, do total de 151 pessoas cadastradas ocorreram: 30(1,9%) óbitos; 07(4,6%) reconstruções do Trânsito Intestinal; 11(7,2%) transferências para outros serviços; 05(3,3%) pessoas acamadas impossibilitadas de responder ao formulário (não entrevistadas); 10(0,6%) pessoas não encontradas depois de reiteradas tentativas; portanto, foram entrevistadas 88(58,2%) pessoas cadastradas no NAO. Desse modo, até Julho de 2007, 88 usuários participaram deste estudo.

Das pessoas entrevistadas, observa-se, como mostra a Tabela 1 que, 88,6% apresentam ostomia com derivação intestinal e apenas 11,4% com derivação urinária.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários cadastrados no Núcleo de Assistência aos Ostomizados do HC-UNESP - FMB, segundo o tipo de derivação realizada. Botucatu, SP, 2007

Derivação	Frequência absoluta	Percentual relativo
Intestinal	78	88,6
Urinária	10	11,4
TOTAL	88	100,0

Assim, atendendo um dos objetivos deste estudo, direcionaram-se as avaliações para caracterizar o perfil dos usuários do Núcleo de Assistência aos Ostomizados, segundo, dados clínicos, sócio-econômicos e a opção da pessoa com ostomia intestinal, classificando-as para a indicação de condutas terapêuticas, como: reconstrução do trânsito intestinal; auto-irrigação e/ou seguimento ambulatorial.

Destaca-se que se optou por trabalhar com as variáveis relacionadas às pessoas com derivações intestinais, sendo que 88 do total, 78 pessoas que representaram (88,6%). A escolha pela derivação intestinal fez-se por acreditar que há diferenças em relação aos efluentes intestinais e urinários considerando a nova condição de vida do ostomizado.

Os portadores de ostomias intestinais e/ou urinárias merecem atenção especial dos Profissionais, Serviços e Programas de Saúde, à medida que possuem problemática de um lado, relacionada ao alto custo para os poderes públicos e para o próprio cliente quanto aos gastos em dispositivos específicos, e de outro lado relacionado ao psicossocial que influencia profundamente na qualidade de vida individual e familiar, levando ambos os lados à necessidade de intervenções voltadas para a reabilitação ⁽³⁴⁾.

O apoio social pode ser caracterizado por três tipos, sendo o emocional, material e educacional. O emocional está relacionado aos sentimentos de estima, de pertencimento e de confiança, estimula a pessoa a expressar seus medos, angústias, dores, ansiedades e tristezas. O material ou instrumental representa qualquer ajuda direta ou oferta de algum tipo de serviço que propicie auxílio material e financeiro. O educacional ou informativo

enfoca vários temas de interesse do grupo. Possibilita a troca de informação entre as pessoas para que se sintam mais seguras⁽⁴⁰⁾.

Neste serviço ambulatorial (NAO), a assistência individualizada e sistematizada oferecida aos usuários tem permitido contemplar o suporte social nestas três dimensões, havendo a intencionalidade em buscar o alcance a estas metas. Considera-se que não é um papel fácil, pela noção posta na complexidade que cada tipo contém, seja na perspectiva emocional, material ou educacional. Trata-se de interagir essas variáveis às pessoas que trazem o seu próprio entendimento de mundo.

As **Tabelas 2, 3 e 4, 5**, proporcionaram condições para um diagnóstico situacional, caracterizando o perfil dos usuários com ostomia intestinal do Núcleo de Assistência aos Ostomizados HC-UNESP-FMB, referentes às variáveis apresentadas: sendo 51,3% dos usuários do sexo masculino; 83,4% brancos; 59,0% casados e 80,8% com escolaridade em ensino fundamental ou médio. A idade média dos pacientes com ostomia intestinal foi de 61,30 anos com desvio padrão de 16,76.

Estudos semelhantes foram encontrados na literatura e destaca-se o trabalho em que se elaborou o perfil dos pacientes ostomizados e se identificou que de 178 prontuários avaliados 56,7% eram homens e 43,3% mulheres. A média de idade entre os pacientes foi de 46,8 anos para o sexo masculino e de 54,6 anos para os do sexo feminino⁽⁴¹⁾.

Também foi possível diagnosticar que no NAO cerca de 25% dos pacientes com ostomia intestinal realizaram cirurgia em até 1 ano, 50% dos pacientes realizaram em até 3 anos e 25% dos pacientes realizaram há mais de 10 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo sexo. Botucatu, SP, 2007

Sexo	Frequência absoluta	Percentual relativo
Feminino	38	48,7
Masculino	40	51,3
TOTAL	78	100,0

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a cor. Botucatu, SP, 2007

Raça	Frequência absoluta	Percentual relativo
Branca	65	83,4
Negra	3	3,8
Parda	9	11,5
Amarela	1	1,3
TOTAL	78	100,0

Conforme mostra a **Tabela 4**, apesar de 59,0% das pessoas com ostomia intestinal informarem que são casadas, 10,3% são solteiras e a condição de estar ostomizada pode interferir na sua auto-imagem, sexualidade, sentimento de medo, solidão e impotência, dificuldades na aproximação e no relacionamento com outras pessoas. Essa variável também é um dado importante quando se pensa em cuidar integralmente da pessoa. Desse modo, a indicação de conduta terapêutica individual torna-se relevante, possibilitando avaliar esta situação.

Infere-se também que a falta de informação para o seu autocuidado e o estigma constituem-se as causas freqüentes para o comportamento social comprometido. Goffman ⁽³⁸⁾ usou o termo estigma para referir a um atributo depreciativo, como deformidade física . Assim, a pessoa que considera seu corpo imperfeito, torna-se um estigmatizado. O portador de ostomia intestinal tende a ser estigmatizado, por julgar-se diferente, ou seja, por não apresentar as características e os atributos considerados normais pela sociedade ⁽³⁸⁾.

A experiência profissional nestes anos de aprendizagem e vivência com os ostomizados permitiu identificar as dificuldades para os enfrentamentos destas pessoas em manter ou encontrar novos relacionamentos afetivos, esta nova condição de estar ostomizado configura-se em um período de crise onde tanto o sujeito portador de colostomia definitiva como seu parceiro tem que buscar o suporte para a adaptação.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o estado civil. Botucatu, SP, 2007

Estado civil	Freqüência absoluta	Percentual relativo
Casado	46	59,0
Solteiro	8	10,3
Divorciado	5	6,4
Concubinato	2	2,5
Viúvo	17	21,8
TOTAL	78	100,0

O nível de escolaridade da pessoa com ostomia intestinal torna-se importante, considerando a necessidade do aprendizado das orientações fornecidas pelo profissional especializado na área em relação ao autocuidado durante a internação e após a alta hospitalar. Na **tabela 5**, nota-se que apenas 14,1% dos usuários são analfabetos e 85,9% são alfabetizados, sendo um fator facilitador para a aprendizagem de conteúdos para o autocuidado.

O processo ensino-aprendizagem do adulto ostomizado começa no pré-operatório, no qual a enfermeira deve estabelecer vínculo com o paciente e a família para ajudá-los no enfrentamento dessa realidade. Considera-se como pré-operatório o momento em que é comunicada a necessidade de realizar a cirurgia. Desde então, existem demandas por cuidado que precisam ser planejadas para construir junto com o paciente e família as condutas de enfermagem em cada etapa deste processo de adoecimento.

A pesquisa que buscou compreender a experiência de pessoas com derivação intestinal, quanto ao enfrentamento, revelou dentre outros dados que no início da história fica marcado enquanto resposta, os mecanismos de defesa, onde estratégias de minimizações, relativização, com padrões indiretos são apresentadas nas entrevistas. Há um impacto inicial e neste estudo revelaram-se discursos “eu não escolhi”, “aquela coisa”, “bagulho”, “isso aí” ao referir-se de si com o estoma ⁽¹⁾.

Um espaço para expressão dos sentimentos e expectativas será importante e isto poderá resultar em suporte.

Em seguida, no pós-operatório inicia-se a abordagem técnica relacionada ao autocuidado do paciente, que se refere aos cuidados específicos com a pele ao redor do estoma, como trocar a bolsa de ostomia, fazer a higiene do estoma, como se alimentar e evitar a formação de gases⁽¹⁹⁾.

Na seqüência, a aprendizagem continua no domicílio e em grupos de apoio com a finalidade do paciente e sua família encontrarem maneiras de conviver e viver com uma ostomia.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a escolaridade. Botucatu, SP, 2007

Escolaridade	Frequência absoluta	Percentual relativo
Analfabeto	11	14,1
Ensino Fundamental ou Médio	63	80,8
Ensino Superior	4	5,1
TOTAL	78	100,0

Considera-se, também como aprendizagem continua no domicílio o treinamento para a realização da auto-irrigação da colostomia, tornando assim, o processo ensino-aprendizagem fundamental.

Antes do início do programa de treinamento para a auto-irrigação intestinal, tendo-se já a indicação médica com a decisão favorável do paciente, o enfermeiro poderá proceder a sua avaliação global que envolverá o estado clínico geral, as condições locais do estoma e pele periestoma e as

condições sanitárias residencial ⁽³⁴⁾. Corrobora-se com este estudo enfatizando que, após avaliação clínica, as pessoas cadastradas no NAO devem apresentar em seus domicílios condições sanitárias satisfatórias para atender alguns dos critérios de indicação para a auto-irrigação intestinal, como: presença de banheiro azulejado; rede de esgoto e rede elétrica. Conforme **Tabelas 6 e 7**, apenas 2,5% dos usuários com ostomia intestinal não contemplam a estes critérios.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a presença de banheiro azulejado no domicílio. Botucatu, SP, 2007

Banheiro Azulejado	Frequência absoluta	Percentual relativo
Sim	75	96,2
Não	3	3,8
TOTAL	78	100,0

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a presença de rede de esgoto no domicílio. Botucatu, SP, 2007

Rede de Esgoto	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	1	1,3
Sim	77	98,7
TOTAL	78	100,0

A totalidade das pessoas com ostomia intestinal, referiu ter presença de rede elétrica em seus domicílios, contemplando, assim, mais um dos critérios para a indicação de auto-irrigação intestinal ⁽⁷⁾.

Os usuários do NAO durante as consultas de enfermagem deixam transparecer, em sua maioria, os sentimentos de tristeza quando se referem à mudança de suas vidas cotidianas em relação ao convívio social, modificações sexuais e emocionais após a realização da cirurgia. Desse modo, para melhor entendermos os enfrentamentos das pessoas ostomizadas, fizemos se necessárias às questões contempladas nas **tabelas de 8 a 15**.

Pela **Tabela 8**, nota-se que 98,7 % das pessoas ostomizadas referiram sair de casa para trabalho ou lazer antes de realizar a cirurgia e apresentar um estoma intestinal, seja provisório ou definitivo, isto é, participavam ativamente de um convívio social.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes em relação a sair de casa para trabalho ou lazer antes da realização da ostomia intestinal. Botucatu, SP, 2007.

Sair de casa antes da ostomia	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	1	1,3
Sim	77	98,7
TOTAL	78	100,0

A vida anterior ao adoecimento é repleta de sentimentos e situações contraditórias que marcam o ser humano e que dão significados para cada momento vivido, porém a vida saudável é a base das relações e das experiências; a doença nunca é considerada como uma possibilidade. A vida saudável supera os momentos de tristeza e perdas, embora as dificuldades sejam vivenciadas como parte do cotidiano social e cultural dessas pessoas ⁽¹⁰⁾.

A cirurgia que aponta a necessidade de uma ostomia à pessoa produz mudanças na imagem corporal que irá influenciá-la em vários aspectos de sua vida ⁽⁷⁾.

A perda do controle esfinteriano, com eliminação involuntária das fezes leva à necessidade de conviver com um equipamento coletor aderido ao abdome, o que os expõe à vivência de diversos constrangimentos sociais. Dentre eles, destacam-se o barulho, a transpiração e os ruídos emitidos pela saída de gases. Além disso, se o equipamento coletor apresentar qualquer falha na qualidade e segurança, ocorre o extravasamento de fezes pelo corpo. O temor de sujar roupas e de eliminar flatos, com odores considerados desagradáveis em público é predominante entre os ostomizados ^(34,43,44).

Corroborando-se com esses comentários, observa-se que após a realização da ostomia intestinal, 57,7% das pessoas entrevistadas que costumavam ter uma vida social para trabalho ou lazer deixaram de ter essa rotina, como aponta a **Tabela 9**, devido aos possíveis constrangimentos apresentados em relação à eliminação de flatos e das fezes, muitas vezes, sujando até as roupas.

Inúmeros estudos relatam os mesmos achados, sendo destacado o trabalho que refere sobre bolsa mediando relação, originando fenômenos sensoriais novos e estranhos, relacionados ao odor, ao som, à visão e ao tato, que passam, havendo uma transgressão de limites corporais e a percepção do estoma-bolsa como invasão física ⁽³⁾.

Reforça-se essa evidência com a narrativa contida em pesquisa com pessoas tendo derivações intestinais, onde é abordado... *"a gente tem que buscar alternativas na medida do possível. Eu acho muito triste não ir à missa, porque é meu dever de cristã ir a missa aos domingos. E eu arrumei uma alternativa: quando eu vou, eu sento perto do órgão, do coral!(risos constrangidos)*⁽¹⁾.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes em relação à conduta após a ostomia Botucatu, SP, 2007.

Sai para trabalho ou lazer	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	33	42,3
Sim	45	57,7
TOTAL	78	100,0

A **tabela 10** demonstra que 84,6% das pessoas ostomizadas têm dificuldade de reinserção social, pois, após a cirurgia, deixaram de realizar trabalho fora de sua casa.

Alguns fatores como o sentimento de tristeza e desânimo, bem como o receio de enfrentar locais públicos, devido ao medo de ser estigmatizado, contribuem para o isolamento social ^(1,3,41).

As pessoas sentem que sua vida produtiva e útil terminou e acabam manifestando isolamento social, não trabalhando mais fora de casa. Geralmente, as pessoas ostomizadas têm grandes dificuldades na volta ao

trabalho, pois se sentem inseguras para continuar cuidando da ostomia e ainda trabalhar. Assim, alguns acabam pedindo aposentadoria por invalidez, revelando também o medo de serem dispensados e não conseguirem acessar novamente o mercado de trabalho.

A ausência de atividade laborativa pode levá-las à ociosidade e ao isolamento social. Certamente, essas condições contribuem para prejudicar ainda mais a qualidade de vida do ostomizado ⁽⁴¹⁾.

O uso da bolsa de colostomia representa a mutilação sofrida e tem relação direta com a perda de sua capacidade produtiva. Referem também as percepções dos limites bem como a perda da capacidade para o trabalho ⁽³⁾

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes quanto à realizar trabalho fora de casa.

Trabalho fora de casa	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	66	84,6
Sim	12	15,4
TOTAL	78	100,0

Apenas 15,4% das pessoas com ostomia intestinal continuam realizando trabalho fora de casa, conforme aponta a **Tabela 10** e destes, 75% referem que se sentem constrangidos em seu ambiente de trabalho como demonstra a **Tabela 11**.

O portador de ostomia, ao perceber o prenúncio da discriminação, afasta-se antecipadamente desse constrangimento. É uma estratégia comumente adotada por ele para evitar, além da discriminação por causa da deficiência física, sentimento de pena e reações de aversão. Destaca-se, contudo, que algumas pessoas ostomizadas buscam superar essa condição utilizando a estratégia de normalização, que consiste no esforço de se sentir normal para não ser excluído do convívio social. Ao procurarem sair do isolamento social, optam por locais onde sentem que serão mais aceitas ⁽⁴¹⁾.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal que trabalham fora de casa segundo o constrangimento em seu ambiente de trabalho. Botucatu, SP, 2007

Constrangimento	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	3	25,0
Sim	9	75,0
TOTAL	12	100,0

Para aqueles que já tinham um companheiro e que puderam contar com a compreensão deste, a sexualidade poderá não ficar tão reprimida, conforme ocorre com os 43% dos entrevistados (**tabela 12**).

As modificações que ocorrem na área sexual são tão profundas que, para as pessoas ostomizadas, o ato sexual torna-se secundário, ou seja, pode ser substituído por sentimentos como amor, carinho, respeito, companheirismo e, até mesmo, atividade religiosa ^(34,41).

Face à convivência com estes problemas, verifica-se que, tanto o sujeito portador de ostomia como seu parceiro sexual, necessita de informações a respeito de sua sexualidade. Podemos constatar, também, que os profissionais da saúde necessitam de preparo específico para atender aos questionamentos concernentes à sexualidade, sobretudo com referência aos sujeitos⁽⁴²⁾.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes em relação à modificação de sua atividade sexual após a realização da ostomia. Botucatu, SP, 2007

Atividade Sexual	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não modificou	34	43,6
Modificou	44	56,4
TOTAL	78	100,0

Sabe-se que o medo e a dor afastam os desejos sexuais e que a falta de orientação e diálogo não deixam que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desses casais. Essa situação perigosa geralmente resulta em "Crise". Essas constatações nos remetem à reflexão de que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, necessitam de preparo para intervir junto à integridade geral e sexual desse casal^(42,34).

A integridade sexual do cliente necessita ser percebida e compreendida pelo profissional de saúde, a fim de que o planejamento da assistência prestada o contemple como Ser Integral. Para atuar nessa área, é necessário que o profissional de saúde identifique suas limitações e

capacidades que envolvem suas atitudes, crenças, valores, conhecimentos e maneira de ser ⁽⁴⁴⁾.

A maioria dos pacientes ostomizados apresenta dificuldades relacionadas à sexualidade, devido às alterações na imagem corporal. Grande parte desses problemas tem sua origem na cirurgia realizada que pode causar algumas disfunções fisiológicas, a saber: no homem, a redução ou perda da libido, diminuição ou ausência da capacidade de ereção, alteração da ejaculação e, na mulher, a redução ou perda da libido, dores durante o ato sexual, entre outras. Alguns estudos mostram que boa parte das dificuldades sexuais também tem origem psicológica, sobretudo devido à vergonha perante o parceiro, sensação de estar sujo e repugnante, gerando medo de ser rejeitado pelo parceiro/a ^(7,41). Corroborando com esses comentários, observa-se na **Tabela 13**, que após a cirurgia a maioria das pessoas com ostomia intestinal (95,4%), que tiveram a atividade sexual modificada referiram tê-la modificado para pior.

A orientação para o casal usar práticas alternativas é de suma importância, uma vez que no homem durante a cirurgia de colostomia muitas vezes ocorre secção de artérias ou nervos responsáveis pela ereção peniana, com conseqüente disfunção eretiva. A satisfação da parceira sexual, utilizando modos alternativos, pode ser satisfatória para ambos. Dentro dessa ótica, tal prática permite que o homem continue a se sentir um ser atraente ⁽⁴⁵⁾.

Pela vivência profissional no ambulatório foi possível identificar as pessoas que referem ter sua vida sexual inativa ou com dificuldades, devido ao sentimento de auto-imagem prejudicada, constrangimento pela condição de

estar ostomizada ou até mesmo por disfunções fisiológicas após a cirurgia. Realiza-se, então, a Consulta de Enfermagem Sistematizada e as pessoas são encaminhadas ao Ambulatório de Disfunção Urológica e ao Psicólogo do serviço para acompanhamento.

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes em relação a opinião acerca da sua atividade sexual. Botucatu, SP, 2007

Melhora da atividade sexual	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	42	95,4
Sim	2	4,6
TOTAL	44	100,0

O apoio da família serve de incentivo para a redução da insegurança e da ansiedade, no processo de reabilitação. Outro aspecto relevante são as ações educativas, que poderão permitir uma reflexão por parte dos pacientes. Assim poder-se-á pensar em algum grau de apreensão desses elementos teóricos. Para o portador de estoma e as pessoas significativas a ele as informações em relação aos cuidados nos aspectos físico, psicológico e social, não só durante a internação, como também após a alta hospitalar poderão contribuir nesse processo. O indivíduo passará a aprender uma nova forma de viver e lidar com a sua condição de colostomizado⁽³⁷⁾.

Observa-se que apenas 5,1% dos entrevistados (**Tabela 14**) referem que não tiveram seu relacionamento familiar modificado após a realização da ostomia, enfatizando a importância do apoio da família na vida do ostomizado. Este dado demonstra que o processo de adoecimento não se circunda ao “doente”, existe sim um movimento que envolve as pessoas em seu entorno. Reforça-se também a explícita necessidade de cuidar também da família ou das pessoas significativas ao ostomizado.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes em relação à modificação de seu relacionamento familiar após a realização da ostomia. Botucatu, SP, 2007

Relacionamento Familiar	Freqüência absoluta	Percentual relativo
Não modificou	4	5,1
Modificou	74	94,9
TOTAL	78	100,0

Destaca-se *"a família como elemento importante em todo o processo da vida, antes e depois da ostomia, por facilitar a integração da experiência da doença na biografia dos portadores"* ⁽²⁰⁾ p.8. Cabe salientar, que, neste momento, o papel da família é ter espaço para compreender o que esta ocorrendo e assim conseguir dar suporte uns aos outros, desenvolvendo o senso de unidade e equilíbrio, pois também se encontra fragilizada, necessitando de ajuda. Os familiares necessitam da atenção dos profissionais da saúde para que possam apoiar adequadamente as pessoas ostomizadas. Nessa perspectiva de compreensão, a família precisa ser preparada pelo

enfermeiro, uma vez que estará auxiliando o ostomizado diretamente no seu cuidado físico e emocional.

Trata-se do preparo para o autocuidado, que deve ocorrer desde o início do tratamento pensando-se em todas as dimensões humanas que poderão estar alteradas⁽⁴⁶⁾.

A **Tabela 15** apresenta os dados referente a melhora do relacionamento familiar. Infere-se que estes dados podem relacionar-se ao fato que o processo de adoecimento aproxima de alguma forma as pessoas e isto poderia ser percebido como melhora no relacionamento. Outra variável possível seria a proximidade constatada em consulta de enfermagem dos familiares com os ostomizados. Porém para se verificar sistematicamente, sugere-se outro estudo delineado quantitativamente, onde se compreenderia em profundidade essa questão.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes em relação à opinião acerca do relacionamento familiar após a ostomia. Botucatu, SP, 2007

Melhora do relacionamento familiar	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	2	2,8
Sim	72	97,2
TOTAL	74	100,0

Estar ostomizado faz com que na maioria das pessoas haja o desejo de rever esta situação o mais breve possível. Isto tem sido referido pelos usuários deste Ambulatório com frequência. Porém, ao ser entrevistado e questionado em relação à sua opinião sobre o fechamento da ostomia, pode-se

notar que, 17,9% dizem que não desejam e 23,1 % desejam fechar em um momento posterior. Fica evidente o sentimento de medo para realizar uma cirurgia novamente e também, em alguns casos, por já conviverem a anos com esta condição, conforme demonstra o **Gráfico 1**.

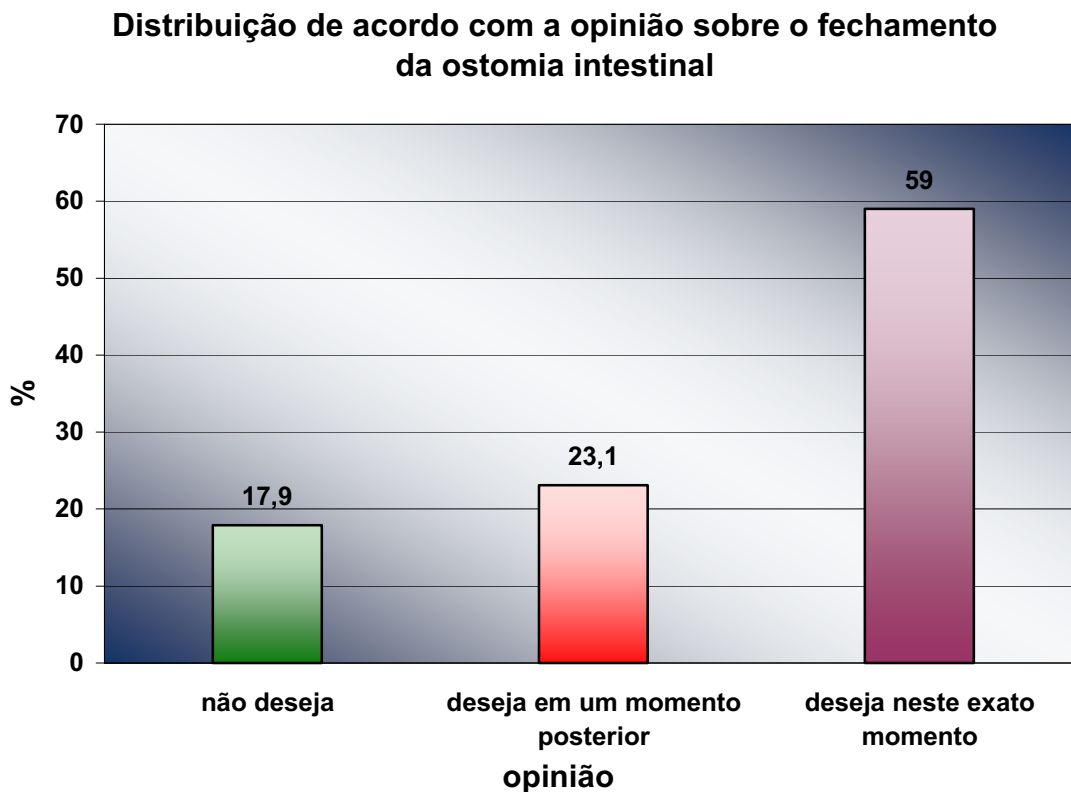


Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a opinião sobre o fechamento da ostomia. Botucatu, SP, 2007

Das pessoas entrevistadas, 21,8% revelaram que não desejam aprender o processo para a auto-irrigação e esta vontade deve ser respeitada e considerada. Outros 59% desejam realizar o treinamento neste exato momento. Para estes, esclarecemos que as indicações somente serão realizadas após avaliação individual, atendendo aos critérios pré-estabelecidos conforme conceitos teóricos, trazidos ao confronto dos dados, apresentados em síntese na metodologia deste estudo. Estes dados constam no **Gráfico 2**.

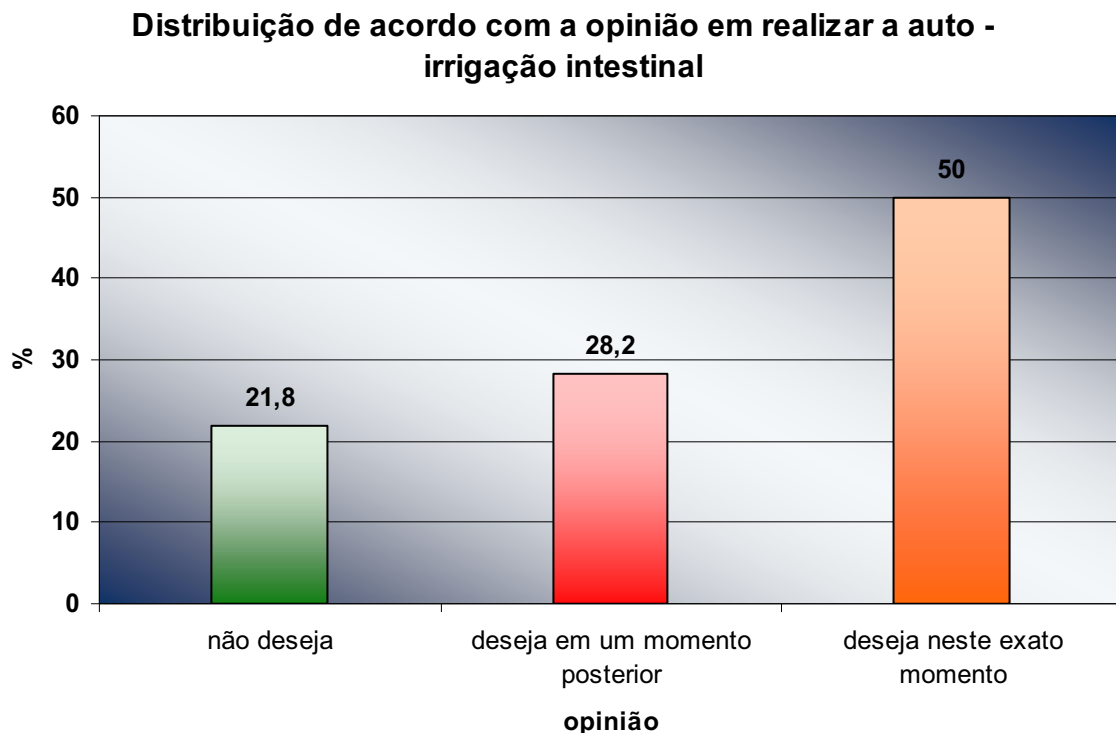


Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a opinião de aprender o processo de auto-irrigação. Botucatu, SP, 2007

Um dos fatores imprescindíveis ao processo de ensino-aprendizagem principalmente em adultos é a motivação considerada como movimento interno da pessoa no tempo e com os recursos internos da mesma. Assim, pondera-se que o tempo e a decisão são peculiares a cada indivíduo devendo ser aguardado com respeito.

A satisfação das necessidades de aprendizagem do paciente é uma parte essencial da função do enfermeiro. Este profissional deve ter conhecimento sobre o processo de aprendizagem; ser capaz de identificar as dificuldades de aprendizagem e selecionar os métodos e as técnicas apropriadas que facilitem esse processo. A maneira mais adequada para facilitar o aprendizado inclui a demonstração do procedimento, a explicação

das razões para as suas várias etapas, a repetição da demonstração e a realização da técnica pelo paciente. O enfermeiro pode permanecer avaliando a eficácia da aprendizagem, interrogando o paciente e observando a forma como ele desenvolve a técnica⁽⁴⁷⁾.

Na prática profissional depara-se com pessoas colostomizadas acompanhadas no ambulatório que poderiam iniciar o processo de treinamento para a auto-irrigação, porém, referem não desejar, por receio, insegurança, enfim, medo do desconhecido. Os profissionais deste serviço considerando a individualidade da pessoa respeitam este desejo, enfatizando que, são realizados esclarecimentos, informações e as orientações sobre a técnica da auto-irrigação intestinal pela colostomia, pois ela possibilita à pessoa controlar as eliminações intestinais e, com isso, sua reinserção nas atividades sociais, além de amenizar suas ansiedades.

Enquanto procedimento a auto-irrigação da colostomia tem condição para reduzir os problemas relacionados à incontinência fecal, às alterações da pele periestomal, à troca constante das bolsas coletoras, ao controle do odor e aos ruídos desagradáveis, isto é, à sensação do "inesperado", minimizando, dessa forma, os traumas psicossociais⁽⁴⁸⁾.

Com a realização da auto-irrigação, diversos autores têm descrito a satisfação da clientela; melhora no ajustamento emocional e social, resultante da maior segurança e menor ansiedade; retorno mais rápido às atividades normais de trabalho e lazer, além de satisfação pela redução ou até ausência de restrições alimentares, obtidos através do controle mecânico das eliminações e pela abolição do uso do dispositivo coletor.^(23,29,31,32,34,49)

Diante do exposto, o enfermeiro pode escolher assistir as pessoas de forma sistemática, atento aos cuidados a serem planejadas antes, durante e após a realização da auto-irrigação da colostomia, bem como os informando dos fatores relacionados à técnica e, nesse sentido, salienta-se a importância da educação em saúde, na reabilitação dos colostomizados⁽⁴⁸⁾.

O diagnóstico médico normalmente norteia o prognóstico do paciente, ou seja, dependendo da patologia a ser diagnosticada, a técnica cirúrgica realizada implicará na construção de ostomia temporária ou definitiva.

As patologias do sistema gastrointestinal, nomeadamente, diverticulite, doenças inflamatórias, traumatismos colo-retais, anomalias congênitas e principalmente tumores colo-retais, resultam na grande maioria das vezes na realização de uma cirurgia mutilante e traumatizante, a qual acarreta alterações profundas nos modos de vida das pessoas afetadas⁽⁵⁰⁾.

O câncer pode afetar, entre outros órgãos, o intestino grosso. Dentre os cânceres do intestino, o colorretal refere-se a uma neoplasia que atinge o cólon e o reto⁽⁵¹⁾. Corroboram-se com esses comentários, os dados das **Tabelas 16 e 17**, apontando que 64,1% dos pacientes com ostomia intestinal acompanhados no NAO são causas de neoplasias, sendo 34% localizadas no colon e 66% no reto.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o diagnóstico médico. Botucatu, SP, 2007

Diagnóstico médico	Frequência absoluta	Percentual relativo
Neoplasias Intestinais	50	64,1
Doenças intestinais	11	14,1
Outros	17	21,8
TOTAL	78	100,0

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal com Neoplasias Intestinais segundo a localização. Botucatu, SP, 2007

Localização	Frequência absoluta	Percentual relativo
Colon Ascendente	1	2,00
Colon Transverso	3	6,0
Colon Descendente	1	2,0
Colon Sigmóide	12	24,0
Reto	33	66,0
TOTAL	50	100,0

O tipo e a localização da ostomia deverão ser sempre informados pelo médico cirurgião, pois, irão nortear mais um dos critérios relacionados com a indicação das condutas terapêuticas propostas, como: a possibilidade da cirurgia de reconstrução do trânsito Intestinal o mais breve possível ou o treinamento para a auto-irrigação intestinal da colostomia.

Dentre os 14,1% das pessoas com ostomia intestinal são decorrentes de das doenças intestinais, conforme a **Tabela 16** nota-se que 23% são doenças diverticulares que resultam na confecção, normalmente, de ostomias com derivação provisória para a proteção da anastomose local. Levantou-se que 50% apresentaram ostomia causadas por traumas.

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal com Doenças Intestinais segundo o tipo. Botucatu, SP, 2007

Doenças Intestinais	Frequência absoluta	Percentual relativo
Diverticular	5	23,0
Chron	2	9,0
Polipose Familiar	2	9,0
Retocolite ulcerativa	2	9,0
Outras	11	50,0
TOTAL	22	100,0

As **Tabelas 19, 20 e 21** demonstram a porcentagem de pessoas com ostomia intestinal que não podem ser indicadas neste momento para aprender o processo de auto-irrigação intestinal pela colostomia, conforme descrito no referencial teórico ^(16,28,23,34).

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo a presença de doenças associadas. Botucatu, SP, 2007

Doenças associadas	Frequência absoluta	Percentual relativo
Hipertensão	15	19,2
Diabetes	6	7,7
Neurológicas	2	2,6
Cardíacas	4	5,1
Hipotireoidismo	2	2,6
Hipertireoidismo	1	1,3
TOTAL	30	100

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo vigência de tratamento. Botucatu, SP, 2007

Tratamento	Frequência absoluta	Percentual relativo
Radioterapia	2	18,2
Quimioterapia	9	81,8
TOTAL	11	100,0

Tabela 21 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com a presença de deficiências. Botucatu, SP, 2007

Deficiências	Frequência absoluta	Percentual relativo
Nenhuma	73	93,6
Visual	1	1,3
Motora	1	1,3
Comunicação	3	3,8
TOTAL	78	100,0

As cirurgias realizadas nos usuários deste ambulatório foram em sua grande maioria (74,4%) do tipo eletiva, como mostra o **Gráfico 3**. A cirurgia programada favorece ao paciente escolha para que aceite ou não a condição de ficar ostomizado, enquanto primeiro princípio, além de proporcionar melhor interação médico-enfermeiro-paciente no preparo pré-operatório e em relação às orientações ao paciente e familiar.

Distribuição absoluta das pessoas com ostomia intestinal em relação ao tipo de cirurgia realizada

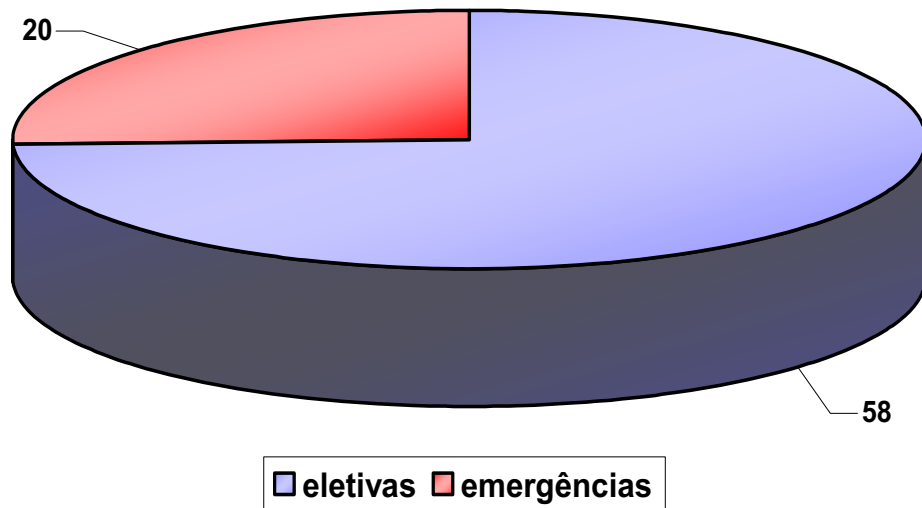


Gráfico 3 – Distribuição absoluta das pessoas com ostomia intestinal em relação ao tipo de cirurgia realizada. Botucatu, SP, 2007

Dependendo da etiologia da doença, o cirurgião indica a realização de uma ostomia temporária ou definitiva. Isto é, mantidos apenas durante o período de tratamento ou definitivamente em decorrência de situações irreversíveis.

As ostomias temporárias são realizadas para proteger uma anastomose, tendo em vista o seu fechamento num curto espaço de tempo. As ostomias definitivas são realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer. Os pacientes com ostomias definitivas requerem apoio contínuo, pois seus problemas são duradouros e cíclicos^(16,52).

Existem autores que apontam o diagnóstico e o prognóstico do tipo de doença que levou à realização da cirurgia como fatores críticos que determinam os efeitos psicológicos da ostomia. Um paciente, com uma história de retocolite ulcerativa, poderá ter uma reação diferente à presença da ostomia, daquele com um câncer colorretal recém-diagnosticado, e que precisará ser imediatamente operado, devendo ficar com uma ostomia repentina. O medo da recidiva e o temor da morte estão sempre presentes no paciente com câncer, enquanto que aquele com doença inflamatória intestinal espera que sua saúde melhore depois da cirurgia. Também o fato da ostomia ser temporária ou definitiva poderá influenciar sobre a resposta emocional do paciente, podendo ser a temporária de mais fácil aceitação ⁽⁵³⁾.

Verifica-se que para 42,3% (33) das pessoas com ostomia intestinal acompanhadas neste ambulatório tem derivações provisórias (**Gráfico 4**), sendo que, uma avaliação criteriosa pode reverter esta condição, podendo ser indicada à conduta terapêutica para a realização de cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal o mais breve possível.

Em relação às pessoas com derivações definitivas (57,3%), a elas poderá ser indicado o processo de auto-irrigação. Ambas as condutas terapêuticas tendem a proporcionar melhora da qualidade de vida para essas pessoas.

Os dados encontrados são confirmados por outros autores, no que se refere às colostomias definitivas, as quais são geralmente em maior índice do que as temporárias e realizadas quando o paciente apresenta diagnóstico de neoplasia de reto e ânus, e atinge um grupo de pessoas normalmente com idade avançada ⁽⁵⁴⁾.

Distribuição absoluta das pessoas com ostomia intestinal em relação ao tipo de derivação realizada

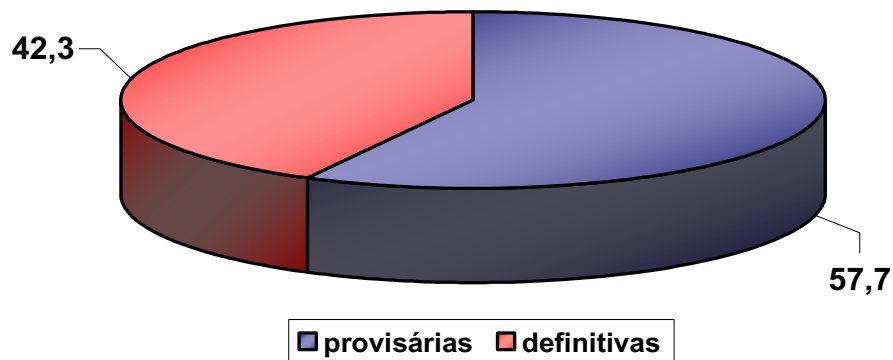


Gráfico 4 – Distribuição absoluta das pessoas com ostomia intestinal em relação ao tipo de derivação realizada. Botucatu, SP, 2007

Em relação ao tipo de segmento exteriorizado apresentados na **Tabela 22**, observa-se que as aberturas cirúrgicas na parede abdominal são mais comumente confeccionadas no íleo (ileostomia) ou no cólon (colostomia).

Estes dados são norteadores para a avaliação do processo de auto-irrigação, pois os portadores de colostomias esquerdas (de colon descendente ou sigmóide), assim como, as do tipo terminais e definitivas, sem doenças gerais ou inflamatórias associadas, apresentam indicação absoluta ao procedimento, conforme o referencial teórico proposto.

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o tipo de Segmento Exteriorizado. Botucatu, SP, 2007

Segmento	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não identificado	2	2,6
Íleo	15	19,2
Ângulo Hepático	2	2,6
Ascendente	2	2,6
Transverso	5	6,4
Descendente	16	20,5
Sigmóide	36	46,2
TOTAL	78	100,0

Observa-se pela **Tabela 23** que a maioria das pessoas apresenta ostomia intestinal do tipo terminal (76,9%).

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. Para muitos, as colostomias terminais são conseqüências do tratamento cirúrgico do câncer colorretal. Neste caso, o reto também pode ser removido. Os clientes com diverticulite tratados cirurgicamente apresentam, com frequência, colostomia terminal temporária com Bolsa de Hartmann. Uma colostomia em alça geralmente é realizada em uma emergência médica, quando se prevê o fechamento da colostomia. Ela apresenta duas aberturas através do estoma, a extremidade proximal drena as fezes e a porção distal drena muco. Dentro de 7 a 10 dias, remove-se o dispositivo de sustentação externo, como bastão de plástico, ou sonda de borracha ^(16,55).

Tabela 23 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o tipo de ostomia realizada. Botucatu, SP, 2007

Tipo de Ostomia	Frequência absoluta	Percentual relativo
Terminal	60	76,9
Alça	18	23,1
TOTAL	78	100,0

O fechamento de colostomia em alça é geralmente visto pela maioria dos cirurgiões como procedimento de fácil execução, entretanto, a literatura relata taxas de morbidade que variam de 10 a 49% ⁽⁵⁶⁾.

Em 1976, a "United Ostomy Association" - UOA, de acordo com o original de Bayfront Medical Center Ostomy Fair, Flórida EUA, publicou a declaração de direitos do ostomizado outorgando-lhe, entre outros, o direito de ter o estoma adequadamente demarcado e bem construído ⁽²⁾. Pela importância deste documento apresenta-se na íntegra no **anexo 7** a Declaração dos Direitos dos Ostomizados ⁽⁷⁾.

Demarcar o estoma na parede abdominal significa delimitar uma região ideal e proceder à demarcação com uma caneta especial, com o objetivo de favorecer, durante o ato cirúrgico a confecção de uma abertura anatomicamente adequada que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes com o mínimo de desconforto para o paciente. A demarcação do estoma constitui-se em um procedimento fundamental a ser realizado no pré-operatório, pelo enfermeiro especializado ou treinado por ele

destacando-se como um dos aspectos mais importantes do processo de reabilitação⁽⁵⁸⁾.

O método de demarcação, descrito por diferentes autores, orienta que os pontos críticos devem ser respeitados ao demarcarmos o estoma na parede abdominal, obedecendo a uma distância mínima de 5 cm da linha da cintura, crista ilíaca, rebordo costal, região umbilical e cicatriz cirúrgica^(59,60) (**Anexo 3**).

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 ao paciente, com menores taxas de complicações⁽⁶¹⁾.

A **Tabela 24** aponta que apenas 20,5% das pessoas com ostomia intestinal informaram terem sido demarcadas antes da confecção do estoma.

Considerando que, neste ambulatório as pessoas são também encaminhadas de outros Serviços, há dificuldades em avaliar a porcentagem das pessoas em relação à demarcação pré-operatória, pois, a falta de informação, o número reduzido de enfermeiros treinados nos serviços para realizar a demarcação e considerando os casos de cirurgia de emergência, portanto sem tempo hábil para o procedimento, que possam contribuir para o resultado apresentado.

Tabela 24 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal segundo a realização da demarcação pré-operatória para a confecção da ostomia. Botucatu, SP, 2007

Demarcação prévia	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	62	79,5
Sim	16	20,5
TOTAL	78	100,0

Estudos demonstram que a localização inadequada do estoma é mais comum em cirurgias de urgência, denotando a importância do planejamento pré-operatório. Esta complicação varia de 13% nas cirurgias eletivas a 31% nas cirurgias de urgência não sendo encontrado diferença significativa entre outros autores.^(20,61,62)

A literatura mostra que existem fatores relativos à técnica cirúrgica e, outros de ordem geral, como aumento da pressão intra-abdominal e redução do tônus muscular, que colaboram para a incidência das complicações⁽⁵⁸⁾.

O músculo reto-abdominal é o escolhido pelos cirurgiões para colocação dos estomas por fornecer apoio muscular, reduzir o risco de complicações tardias relativas à prolapso e hérnia periestomal⁽⁶³⁾.

A **Tabela 25** indica que 41 % das pessoas com ostomia intestinal entrevistadas apresentaram complicações com o estoma após a cirurgia.

Tabela 25 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com presença de complicações após a cirurgia. Botucatu, SP, 2007

Complicação	Frequência absoluta	Percentual relativo
Não	46	59,0
Sim	32	41,0
TOTAL	78	100,0

Em relação aos tipos de complicações, podemos observar no **Gráfico 5** que da totalidade das pessoas com complicações, 12 (15,4%) desenvolveram hérnia periestomal (**figura 1- anexo 5**), 10 (12,8%) apresentaram prolapso de estoma (**figura 2- anexo 5**) e 10 (12,8%) dermatites periestomais (**figura 3-anexo 5**), corroborando com o estudo, em que se observou que da totalidade dos estomas inseridos adequadamente no músculo, nove (19,2%) desenvolveram hérnia periestomal, seis (12,7%) apresentaram prolapso de estoma e dois (4,3%) hérnia periestomal e prolapso ⁽⁵⁸⁾.

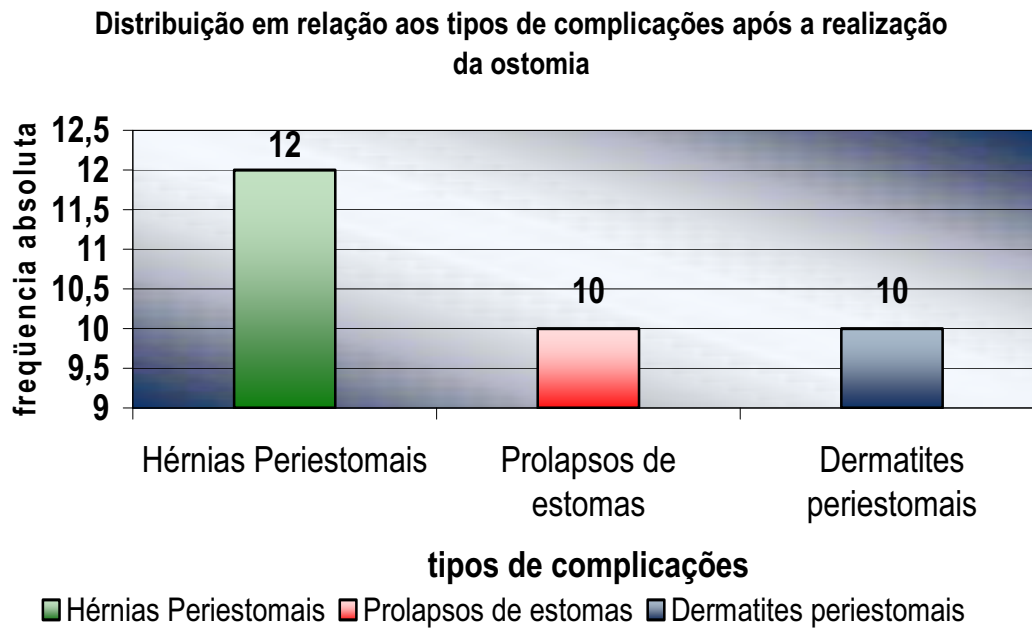


Gráfico 5 - Distribuição absoluta dos pacientes ostomizados de acordo com o tipo de complicações apresentadas após a cirurgia. Botucatu, SP, 2007

As principais complicações relacionadas aos estomas incluem a adaptação inadequada da placa de ostomia, devido à má localização do estoma na parede abdominal, dermatite periostomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fístula periostomal, hérnia periostomal, abscesso periostomal e câncer. Como manifestações sistêmicas, podem ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos, em estomas de alto débito, e anemia, em casos de sangramento de varizes localizadas no estoma. Além das complicações citadas, existe ainda, nos casos de ostomias temporárias, a morbimortalidade relacionada ao procedimento de fechamento dos mesmos ^(11,41).

A literatura mostra que existem fatores relativos à técnica cirúrgica e outros de ordem geral, como aumento da pressão intra-abdominal e redução do tônus muscular, que colaboram para a incidência de tais complicações⁽⁵⁸⁾.

As consultas de enfermagem no NAO permitem que os profissionais identifiquem e avaliem as complicações do estoma e de acordo com a gravidade do comprometimento condutas expectantes ou imediatas são indicadas.

Quanto a indicação do equipamento coletor depende da idade (adulto ou criança), ao tipo e características do estoma e condições psicossociais da pessoa ostomizada. A eficácia do desempenho do equipamento, depende do conhecimento do profissional sobre a diversidade, indicação e manuseio dos produtos existentes no mercado, bem como a maneira como são executados os cuidados⁽¹⁸⁾.

O tipo de equipamento de escolha e de adaptação das pessoas com ostomia intestinal entrevistadas é de uma peça recortável drenável (73%), conforme indica a **Tabela 26**.

A escolha do dispositivo deve levar em consideração que não pode haver vazamento dos efluentes; que deve ser à prova de odor, prevenir irritação de pele, confortável no desempenho de todas as suas atividades e não deve aparecer sob a roupa⁽⁶⁴⁾.

Tabela 26 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com o tipo de equipamento indicado. Botucatu, SP, 2007

Tipo de Equipamento	Frequência absoluta	Percentual relativo
Uma peça drenável	57	73,1
Duas peças drenáveis	16	20,5
Protetores	1	1,3
Descartáveis	4	5,1
TOTAL	78	100,0

Os dados da **Tabela 27** mostram que apenas 20,5% das pessoas apresentam evacuações em média 1 vez ao dia, 35,9% apresentam efluente contínuo, isto é, de alto débito e efluente com alta corrosividade à pele facilitando o aparecimento das lesões cutâneas se não estiver bem localizado ou com dispositivo bem acoplado.

Como manifestações sistêmicas, podem ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos, em estomas de alto débito, e anemia, em casos de sangramento de varizes localizadas no estoma⁽⁶⁴⁾.

O intervalo entre as evacuações é grande preocupação do ostomizado, pois, como não se tem controle de suas eliminações, quanto mais vezes apresentá-las proporcionará aumento de desconforto local, irritação emocional, ansiedade e medo de manter ou voltar ao convívio social.

Tabela 27 - Distribuição dos pacientes com ostomia intestinal de acordo com intervalo das evacuações. Botucatu, SP, 2007

Intervalo das evacuações	Frequência absoluta	Percentual relativo
Contínua	28	35,9
Uma vez ao dia	16	20,5
Duas a quatro vezes ao dia	34	43,6
TOTAL	78	100,0

Conforme se observa no **Gráfico 6**, após atender os critérios propostos pelo referencial teórico, contempla-se um dos objetivos deste estudo em relação à porcentagem das pessoas com ostomia intestinal cadastradas no Núcleo de Assistência ao Ostomizado HC-FMB-UNESP: de acordo com a avaliação final, 27 (28,2%) dos usuários têm indicação para a cirurgia de Reconstrução do Trânsito Intestinal, 21 (33,3%) indicação para realizar a Auto-irrigação Intestinal e 30 (38,5%) devem permanecer com o Seguimento Ambulatorial por meio de Consultas de Enfermagem.

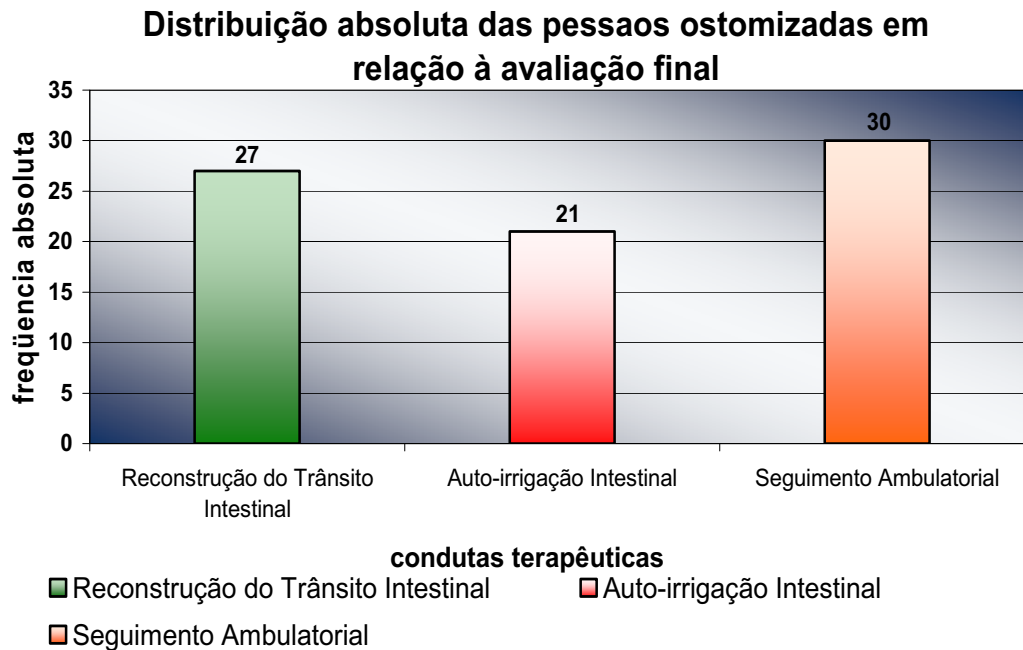


Gráfico 6 - Distribuição absoluta das pessoas com ostomia intestinal em relação à Avaliação Final. Botucatu, SP, 2007

Para compreender melhor o tempo de permanência de ostomia e o tipo de derivação intestinal realizada das pessoas cadastradas no Núcleo de Assistência aos Ostomizados, observa-se a **Tabela 28** os dados mostraram que 50% das pessoas com derivação intestinal provisória tiveram tempo de ostomia abaixo de 2 anos, 25% abaixo de 1 ano, enquanto que 75% com tempo de ostomia abaixo de 5 anos.

Com estes dados é possível inferir que de acordo com a hipótese deste estudo, existem pessoas ostomizadas no NAO que poderiam ser avaliadas sistematicamente utilizando-se um instrumento que indicaria a reconstrução do trânsito intestinal ou a indicação para a auto-irrigação o mais breve possível.

Tabela 28 - Resumo descritivo e valor de *p* referente a comparação entre os tipos de derivação. Botucatu, SP, 2007

Variável	Tipo de derivação		p [*]
	Provisória	Definitiva	
Tempo de Ostomia (anos)	2 (1 ; 5)	5 (2 ; 12)	0,007

(*) Teste de Mann-Whitney ($\alpha = 0,05$). Resumo em mediana e quartis

A **Tabela 29** demonstra que 84,4% das pessoas com ostoma intestinal que são acompanhadas no NAO, apresentaram derivações definitivas por neoplasias, sendo que destas 78,95% são localizadas no reto. Das derivações provisórias, observa-se que foram realizadas em consequência à Doença Diverticular 62,5%; complicações no estoma aparecem em 44,4% das derivações definitivas, sendo que, 25% são hérnias paracolostômicas, 40% prolapsos intestinais e 35% dermatites periestomais. O tipo de dispositivo usado pelas pessoas, tanto para as derivações provisórias (90,9%) quanto para as definitivas (60%) são de 1 peça recortável drenável.

Outro estudo na literatura mostra também que dentre os tipos de ostomias, foram encontradas 152 colostomias (85.4%), 21 ileostomias (11.8%) e 5 urostomias (2.8%). O principal motivo para confecção dos estomas foi a neoplasia maligna (46.6%), seguido do trauma abdominal (7.3%), e do desvio de trânsito intestinal devido a úlceras de pressão (6.7%). Adaptação inadequada da placa ao estoma foi encontrada em 90 pacientes (50.6%). Complicações do estoma foram encontradas em 103 pacientes (57.9%), dentre elas, dermatite peri-estomal (28.7%), estoma plano (18.6%), hérnia paracolostômica (10.7%) e retração do estoma (10.1%) ⁽⁴¹⁾.

Tabela 29 - Resumo descritivo e valores de p referentes as comparações entre os tipos de derivação. Botucatu, SP, 2007

	Tipo de derivação		p
	Provisória (%)	Definitiva (%)	
Diagnóstico médico			
Neoplasia	36,4	84,4	< 0,001 ⁽¹⁾
Doença intestinal	24,2	6,7	
Outras	39,4	8,9	
Localização da neoplasia			
Ascendente	0,0	2,63	< 0,001 ⁽¹⁾
Transverso	16,67	2,63	
Descendente	8,33	15,79	
Sigmóide	50,0	0,0	
Reto	25,0	78,95	
Tipos de doenças intestinais			
Diverticular	62,50	33,3	0,278 ⁽¹⁾
Chron	0,0	33,3	
Polipose familiar	25,0	0,0	
Retocolite ulcerativa	12,5	33,3	0,473 ⁽²⁾
Complicações	36,4	44,4	
Tipo de complicação			
Hérnia paracolostômica	58,3	25,0	0,184 ⁽¹⁾
Prolapsos	16,7	40,0	
Dermatites	25,0	35,0	
Tipo de equipamento			
1 peça	90,9	60,0	0,010 ⁽¹⁾
2 peças	9,1	28,9	
Protetores	0,0	2,2	
Descartáveis	0,0	8,9	

(1) Teste exato de Fisher ($\alpha = 0,05$).(2) Teste Qui-quadrado ($\alpha = 0,05$).

Observa-se na **Tabela 30**, que as pessoas que desejam realizar o fechamento da ostomia neste exato momento são 56,5% do sexo masculino, apenas 15,2 % trabalham fora de casa, 58,7% apresentaram diagnóstico de neoplasia, 76,1% realizaram a cirurgia eletivamente, 41,3% apresentaram complicações pós - cirúrgicas e eliminação do efluente de 2 a 4 vezes por dia. . Corroborar-se com estes dados resultados de estudo ⁽⁴¹⁾ onde o principal motivo da confecção de ostomia foi neoplasia de retossigmóide e canal anal. A maioria dos pacientes ostomizados é do sexo masculino, com idade média de 46.8 anos e 57.9% dos pacientes apresentaram alguma complicação local relacionada ao estoma. Tal resultado foi também demonstrado por outros autores, que encontraram complicações locais variando de 16 a 90% ^(65,66,67,68) .

De acordo com a experiência profissional com os ostomizados, o fato dos mesmos apresentarem quaisquer tipos de complicações como: dermatites peri-estomais, prolapsos intestinais e / ou hérnias paracolostômicas tornam a sua condição ainda mais conflituosa e de difícil aceitação e cabe ao profissional indicar condutas individuais e que possam minimizar e por vezes resolverem esses problemas.

Tabela 30 - Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a opção da pessoa em realizar o fechamento da ostomia. Botucatu, SP, 2007

	Fechamento da ostomia			p
	Não deseja (%)	Em um momento posterior (%)	Neste exato momento (%)	
Sexo				
masculino	28,6	55,6	56,5	0,171 ⁽²⁾
feminino	71,4	44,4	43,5	
Trabalho fora de casa	28,6	5,6	15,2	0,207 ⁽¹⁾
Diagnóstico medico				
Neoplasia	78,6	66,7	58,7	0,134 ⁽¹⁾
Doença intestinal	7,1	0,0	21,7	
Outras	14,3	33,3	19,6	
Tipo de Cirurgia				
Eletiva	71,4	72,2	76,1	0,915 ⁽²⁾
Emergência	28,6	27,8	23,9	
Complicação	42,9	38,9	41,3	0,973 ⁽²⁾
Tipos de complicações				
Hérnia paracolostômica	83,3	42,9	21,1	0,111 ⁽¹⁾
Prolapsos	0,0	28,6	42,1	
Dermatites	16,7	29,5	36,8	
Intervalo das Evacuações				
Contínua	28,6	38,9	37,0	0,895 ⁽²⁾
1 vez ao dia	28,6	22,2	17,4	
2 a 4 vezes ao dia	42,9	38,9	45,7	

(1) Teste exato de Fisher ($\alpha = 0,05$).

(2) Teste Qui-quadrado ($\alpha = 0,05$).

Das pessoas que desejam realizar a cirurgia para fechamento da ostomia neste exato momento 50% apresentam em média 1 ano de cirurgia, 25% das pessoas com 2,5 anos e 75% são em média há 6 anos ostomizados e a média de idade observada varia de 57 anos com desvio padrão de 16 anos (Tabela 31).

Tabela 31 - Resumo descritivo e valores de p referentes as comparações entre a opção da pessoa em realizar o fechamento da ostomia. Botucatu, SP, 2007

	Fechamento da ostomia			p
	Não deseja (%)	Em um momento posterior (%)	Neste exato momento (%)	
Idade	70,57 ± 15,76	64,88 ± 15,35	57,08 ± 16,43	0,016 ⁽¹⁾
Tempo de ostomia	10(5,5;13,0)	3,5(1,75;6,25)	2,5(1;6)	0,010 ⁽²⁾

(1) ANOVA ($\alpha = 0,05$). Resumo em media e desvio-padrão

(2) Teste de Mann-Whitney ($\alpha = 0,05$). Resumo em mediana e quartis

A Tabela 32 aponta que, as pessoas com indicação para auto-irrigação pela colostomia apresentam média de 60 anos de idade (com desvio padrão de 15 anos), 75 % em média tem 11 anos com ostomia intestinal, 50% em média 3 anos e desejam realizar este treinamento neste exato momento, visando melhor qualidade de vida.

Tabela 32 - Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a opção da pessoa em realizar o treinamento para a auto-irrigação. Botucatu, SP, 2007

	Auto-irrigação			p
	Não deseja (%)	Em um momento posterior (%)	Neste exato momento (%)	
Idade	66,70 ± 19,34	59,50 ± 16,68	59,97 ± 15,53	0,326 ⁽¹⁾
Tempo de ostomia	4(0,5;10)	3,5(1,75;7,25)	3(1;11)	0,931 ⁽²⁾

(1) ANOVA ($\alpha = 0,05$). Resumo em média e desvio-padrão

(2) Teste de Mann-Whitney ($\alpha = 0,05$). Resumo em mediana e quartis

Os dados da **Tabela 33** mostram que das pessoas com ostomia intestinal que desejam realizar o processo de treinamento para auto-irrigação neste exato momento 48,75 são do sexo masculino e 15,4% trabalham fora de casa.

Tabela 33 - Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a opção da pessoa em realizar o treinamento para a auto-irrigação. Botucatu, SP, 2007

	Auto-irrigação			p
	Não deseja (%)	Em um momento posterior (%)	Neste exato momento (%)	
Sexo				
Masculino	58,6	50,0	48,7	0,777 ⁽²⁾
Feminino	41,2	50,0	51,3	
Trabalho fora de casa	11,8	18,2	15,4	0,921 ⁽¹⁾

(1) Teste exato de Fisher ($\alpha = 0,05$).

(2) Teste Qui-quadrado ($\alpha = 0,05$).

Quando se comparara o resultado da avaliação final em relação à opção da pessoa em realizar o fechamento da ostomia, conforme os dados encontrados na **Tabela 34**, o seguimento ambulatorial com consulta de enfermagem foi recomendado para 71,4% dos pacientes que não querem realizar a cirurgia de fechamento, para 61,1% dos que desejam submeter-se ao fechamento posteriormente e para 52,2% dos pacientes que desejam submeter-se ao fechamento referiram que já estavam disponíveis para entrar em pré-operatório. Importante ressaltar que 66,7% das pessoas apresentaram ostomia com derivação provisória, isto é, podendo ser indicadas à reconstrução do trânsito intestinal, considerando que também irão passar por avaliação médica, inclusive o risco cirúrgico e posteriormente serão liberadas ou não para a realização desta cirurgia.

A presença de complicações como as hérnias paraestomais e prolapsos intestinais necessitam de indicações cirúrgicas para a correção ⁽⁶⁹⁾. Porém, 50 % das pessoas que apresentam tanto uma quanto a outra foram avaliadas clinicamente e devem ter somente seguimento ambulatorial, isto é, serão indicadas ao procedimento cirúrgico somente quando a condição clínica for considerada emergencial.

Observa-se, também, que 61,5% das pessoas que atendem aos critérios para o processo de treinamento para auto-irrigação desejam iniciá-lo neste exato momento.

Tabela 34 - Resumo descritivo e valores de p referentes às comparações entre a avaliação final. Botucatu, SP, 2007

	Avaliação Final			p
	Reconstrução do trânsito intestinal (%)	Auto - irrigação intestinal (%)	Apenas Seguimento ambulatorial (%)	
Opção ao Fechamento da ostomia				
Não deseja	0,0	28,6	71,4	<0,001 ⁽¹⁾
Em um momento posterior	16,7	22,2	61,1	
Neste exato momento	52,2	28,3	19,6	
Opção para Auto-irrigação				
Não deseja	35,3	0,0	64,7	<0,001 ⁽¹⁾
Em um momento posterior	50,0	9,1	40,9	
Neste exato momento	12,8	61,5	25,6	
Tipo de Derivação Intestinal				
Provisória	66,7	15,2	18,2	<0,001 ⁽¹⁾
Definitiva	0,0	46,7	53,3	
Tipo de Complicação				
Hérnia paracolostômica	50,0	0,0	50,0	0,238 ⁽¹⁾
Prolapsos	50,00	0,0	50,0	
Dermatites	10,0	40,0	50,0	

(1) Teste exato de Fisher ($\alpha = 0,05$).

No que se refere à possibilidade real de melhoria da qualidade de vida, acredita-se ser a auto-irrigação pela colostomia um dos métodos, não cirúrgicos, de escolha para a adaptação das pessoas com ostomia intestinal, desde que o treinamento seja efetuado por profissionais competentes, a técnica realizada corretamente e, sobretudo, por indivíduos adequadamente avaliados e que estejam motivados para o sucesso de sua própria reabilitação^(7,23,34,70,71).

Ressalta-se que a generalização não pode ser feita, considerando as singularidades e fases que estas pessoas estão no processo de adoecimento e de reabilitação.

Assim como o objetivo principal da “International Ostomy Association”^(7,72) de que todos os ostomizados tenham direito a uma qualidade de vida satisfatória após suas cirurgias e que esta declaração seja reconhecida em todos os países do mundo, acredita-se que os resultados demonstraram que as condutas terapêuticas propostas podem contribuir para melhorar a qualidade de vida, relacionando isto às escolhas que se ampliam conforme cada situação clínica e de vida das pessoas ostomizadas.

Diante do que foi exposto, a análise e discussão dos resultados possibilitou-me propor um instrumento sistemático de avaliação de pessoas ostomizadas no pós-operatório que possibilite a indicação para as condutas terapêuticas, como reconstrução de trânsito intestinal, auto-irrigação pela colostomia ou seguimento ambulatorial por meio de consulta de enfermagem.

Este instrumento foi elaborado com base nos critérios do referencial teórico e técnico ^(16,23,28,34). A aplicação enquanto formulário conforme se apresenta no **anexo 6**, garantiu a coleta de dados do estudo e tem a pretensão de tornar-se um INSTRUMENTO SISTEMÁTICO conforme CD ROM.

As etapas contidas conforme embasamento teórico e técnico ^(16,23,28,34) poderão servir de guia para avaliação em consultas de enfermagem.

Sugere-se novos estudos que possam ampliar e validar esse instrumento, tornando-o um facilitador e precursor para construção de diretrizes para a avaliação clínica da pessoa ostomizada em pós-operatório.

Acredita-se com isso que a pesquisa permitiu que o serviço intitulado Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) fosse reavaliado na perspectiva operacional proporcionando aos ostomizados um caminho teórico e metodológico para sua avaliação, por meio do instrumento sistemático proposto. Com isto poderá ser possível o assistir e o cuidar da pessoa com derivação intestinal.

5. CONCLUSÕES



O estudo permitiu as seguintes conclusões:

1. Quanto à caracterização e avaliação do perfil das pessoas com derivação intestinal do Núcleo de Assistência aos Ostomizados segundo dados clínicos, sócio-econômicos e a opção do paciente, classificando-os para a indicação de reconstrução do trânsito intestinal ou auto-irrigação intestinal pela colostomia: 51,3% dos usuários 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 ostomia intestinal realizaram cirurgia em até 1 ano, 50% dos pacientes realizaram em até 3 anos e 25% dos pacientes são ostomizados há mais de 10 anos. Após a avaliação final constatou-se que 28,2% das pessoas com ostomia 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 pela colostomia, 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.

2. Em relação à proposição de um instrumento de avaliação e seguimento de pessoas com ostomias intestinais no pós-operatório que possibilite a indicação para as condutas terapêuticas, como reconstrução de trânsito intestinal, auto-irrigação pela colostomia ou seguimento ambulatorial por meio de consulta de enfermagem: o instrumento foi elaborado com base nos critérios do referencial teórico e técnico proposto ^(16,23,28,34). A aplicação enquanto formulário conforme se apresenta no **anexo 2**, garantiu a coleta de dados do estudo e tem a pretensão de tornar-se um INSTRUMENTO SISTEMÁTICO conforme CD ROM, sendo possível sua utilização para avaliação em consultas de enfermagem. Este instrumento sistemático mostrou-se adequado para a avaliação e conduta terapêutica proposta nesta pesquisa.

Este estudo permitiu que o serviço intitulado Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO) fosse reavaliado na perspectiva operacional das etapas empregadas com o objetivo de assistir e a elaboração do instrumento deixa um caminho teórico-metodológico para avaliar e cuidar da pessoa com ostomia intestinal.

Considerou-se, que esta pesquisa também pôde contribuir com a dinâmica de atendimento da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pois, a partir dos resultados preliminares das avaliações que foram divulgados à equipe médica, no período de Setembro de 2007 à Maio de 2008, 07 pessoas já tiveram condições de realizar a cirurgia para a reconstrução do trânsito intestinal.

Em relação ao treinamento de auto-irrigação, neste período 2 pessoas iniciaram este processo.

Acredita-se, portanto, que este estudo ofereceu outras opções para que o cuidado da pessoa ostomizada se realizasse; que poderão assim, de acordo com a indicação, escolher o que desejam para suas vidas.



6. REFERÊNCIAS

-
1. Dell'Acqua MCQ, Barnabé NC. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007(submetido para publicação).
 2. Zerbetto GN. Reabilitação do paciente. *Rev Paul Enferm*. 1981; 1(16): 16-18.
 3. Santos, VLCG. A Bolsa da mediação “estar ostomizado” e “estar profissional”: Análise de uma estratégia pedagógica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
 4. Dell'Acqua MCQ, Paiva MCMS, Fonseca EC, Pessuto J. Organização de um núcleo de assistência a ostomizados (NAO). In: *Anais do 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1994 outubro 485-6; Porto Alegre:Aben; 1994
 5. UNESP. Relatório de fluxo de pacientes ostomizados. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP; 2005.
 6. Dell'Acqua MCQ, Pavan ECP, Bocchi SCM, Paula DR. Diagnóstico situacional do núcleo de assistência ao ostomizados (NAO). In: *Anais da IV Bienal de Enfermagem*; 2005 set; Botucatu: UNESP; 2005. p.19.
 7. Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem Interdisciplinar. Uberaba: Editora Pinti; 1997.
 8. Cantone G. Lariabilitazione tardiva del paziente colostomizzato: la nostra esperienza. *Minerva Méd*. 1985; 76:143-7.
 9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
-

-
10. Maruyama SAT, Zago MMF. Processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Ver Latino-Am Enferm.* 2005; 13: 30-45.
 11. Kol, P. *Ostomia vida e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1984.
 12. Universidade Federal do Pará [homepage da Internet]. Ostomizados sofrem com falta de profissionais. Belém: UFPA; 2008 [acesso 2 maio 2008]. Disponível em: <http://www.ufpa.br/beiradorio/arquivo/beira33/noticias/noticia5>.
 13. Trentini M, Silva DMGV, Pacheco MAB, Martins ML. Ajuda: uma fonte de forças na vida das pessoas ostomizadas. *Cogitare Enferm.* 1997; 2:3-8
 14. Boccardo LM, Nogueira SA, Santos ER, Miyadahira AMK, Santos VLCG. Aspectos da reinserção social do ostomizado. *Rev Esc Enferm USP.* 1995; 29:59-71.
 15. Oliveira DVD, Nakano TTY. Reinserção social do ostomizado. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 279
 16. Goffi FB. *Técnica cirúrgica; bases anatômicas, fisiopatologias e técnicas da Cirurgia*. 4ªed. São Paulo: Atheneu; 2004.p. 822.
 17. Corman ML editor. *Colon and rectal surgery*. Philadelphia: J.B.Lippincott Company; 1984.
 18. Dantas SER, Jorge AS. *Feridas e estomas*. Campinas: edição do autor; 2005.p. 67-7849.
 19. Reveles AG, Takahashi RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico *Rev Esc Enferm. USP.* 2007; 41: 40-53.
-

-
20. Waldow VR. Marcas da adversidade: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.168
 21. Brasil. Leis etc. Lei n.7495 de 25 de julho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jul. 1986. Seção 1. p.9273-5.
 22. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2005. v.2, p. 817-8.
 23. Santos VLCG, Koizumi MS. Estudo sobre os resultados da irrigação em colostomizados submetidos a um processo de treinamento sistematizado. Rev Esc Enferm USP. 1992; 26: 303-14.
 24. Santos VLCG, Cesaretti IUR, Ribeiro AM, Filippin MJ, Lima SRS. Métodos de controle do hábito intestinal em estomizados: auto-irrigação e sistema oclutor. In: Crema E, Silva R. Estomas uma abordagem interdisciplinar. Uberaba (MG): Pinti; 1997.
 25. Rey JG. Sistemas continentes de colostomia (I): sistema de irrigación. Rev Esc Enferm. 1994; 17:96-72.
 26. Hottenstein P. The pros and cons of colostomy irrigation. In: Proceedings of the 11th World Council of Enterostomal Therapists; 1996.Jerusalém, Israel; 1996.p.145-6.
 27. Abella MDH. Aproximacion a la ostomia. Rev Enferm.1988;11:41-56.
 28. Laucks SS, Surrell JA, Mazzier WP, Milson JW, Buffin SF, Anderson JM et al. An assessment of colostomy irrigation Dis Colon Rectum.1988; 31:279-82.
-

-
29. Doran J, Hardcastle JD. A controlled trial of colostomy management by natural evacuation, irrigation and foam enema. *Br J Surg*.1981; 68:731-3
 30. Mazier WP, Dignan RD, Capehart RJ, Smith BG. Effective colostomy irrigation. *Surg Gynecol Obstet*.1976;142:905-9.
 31. Willians NS, Johnston D. Prospective controlled trial comparin colostoy irrigation with "spontaneus action" method. *Br Med J*.1980; 281:107-9.
 32. Terranova O, Sandei F, Rebuffat C, Maruotti R, Bortolozzi E. Irrigare o non irrigarei I colostomizzato? *Chir Triven*. 1977;17:270-80.
 33. Gabrielle F. Risultati dell irrigazione periodica nelle riabilitazione del colostomizzato. *Minerva Chir*.1980: 35:1649-54.
 34. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005.p.250.
 35. De-Hong Y. irrigation management of sigmoid colostomy. In: *Proceedings of the IX World Council of Enterostomal Therapists*; 1992. Lyon, France; 1992.p. 340.
 36. Valenti MT, Laguna MV. Evacuación controlada em pacientes ostomizados. *Rev Enferm*.1986;9:109-14.
 37. Atkinson M. *Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1989.
 38. Goffman E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1988.
-

-
39. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, 1996; 4 suppl 2:15-25.
 40. Silva AL. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva [dissertação] Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2007.
 41. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Rev Bras Colo-proctol*. 2007;27: 15-8.
 42. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000; 8: 28-33.
 43. Furlani R, Ceolim MF. Conviver com um ostoma definitivo: modificações relatadas pelo ostomizado. *Rev Bras Enferm* 2002; 55: 586-91.
 44. Mc Farlane EA, Rubenfeld MG. The need for sexual integrity. In: Yura, H, Washh MB. *Human needs 3 and nursing process*. Connecticut: Appleton-Century-Crofts; 1983. p. 185-233.
 45. Lyons AS. Sex after ileostomy and colostomy. *New York:Med. Asp. Hum. Sex.* ; 1975. v. 9, p.107-8.
 46. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
 47. Du Gas BW. *Enfermagem Prática*. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana; 1978.
-

-
48. Costa IG, Maruyama SAT. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. *Rev Latino-Am. Enferm.* 2004;12: 557-63 .
 49. Jao SW, Beart WJ, Wendorf LJ, Ilstrup DM. Irrigation management of sigmoid colostomy. *Arch Surg.*1985;120:916-7.
 50. Cascais AFMV, Martiniz JG, Almeidas PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Enfermagem.* 2007; 16: 163-7.
 51. Winawer SJ, Cohen AM. Overview of adenocarcinoma of the colon and rectum. In: Cohen AM, Winawer SJ, Friedmas MA, Gunderson LL. *Cancer of the colon, rectum, and anus.* New York (USA): McGraw-Hill; 1995. p.7-10.
 52. Gemelli LMGG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002; 10: 34-40.
 53. Sardiñas CLN, Alfonso LES, Sosa MF, Arbonal FLV, Martinez MLR. Problemática actual del paciente com ostomia. *Rev Cuba méd Mil.* 2001;30:256-62.
 54. Miguel MD, Saenz A, Hurtado, HO. Colostomias In: Ortiz H, Rague JN, Foulkes B. *Indicaciones y cuidados de los estomas.* Barcelona: JIMS; 1989. p. 107-29.
 55. Potter P. *Fundamentos de Enfermagem.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Kogan; 2004. p. 123-73.
 56. Souza HFS, Sobral HAC, Taglietti EM, Monteiro EP, Gama MRVS, Formiga GJS. É Necessário o Estudo do Cólon no Fechamento de Colostomias. *Rev bras Coloproct.* 2006; 26: 118-22.
-

-
57. Broadwell DCO, Jackson BS. In: Broadwell DCO, Jackson BS. Philosophy and Issues in ostomy care. Principles of ostomy care. St. Louis: C.V. Mosby; 1982. p. 3-7.
 58. Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. Rev Latino-Am Enferm.2001;9: 5-18.
 59. Santos VLCG. Buscando o lugar certo. Rev Paul Enferm 1993; 12:103-6.
 60. Watt CR. Stoma placement. In: Broadwell DC, Jackson BS. Principles of ostomy care. St Louis: C.V. Mosby; 1982. p. 329-99.
 61. Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum 1998, 41:1562-72.
 62. Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma complications: a multivariate analysis. Am Surg. 2002; 68:961-6.
 63. Black P. Stoma care. Selecting a site. Nurs Mirror 1985; 161: 321-8.
 64. Mealy K; O'Broin E; Donohue J; Tanner A, Keane FB. Reversible colostomy - what is the outcome? Dis Colon Rectum 1996, 39:1227-31.
 65. Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma complications: a multivariate analysis. Am Surg. 2002; 68:961-6.
 66. Miles RM, Greene RS. Review of colostomy in a community hospital. Am Surg. 1983; 48:182-6
 67. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM. Descriptive study of peristomal complications. J Wound Ostomy Continence Nurs.2005; 32:33-7.
-

-
68. Mäkelä JT, Turku PH, Laitinen ST. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Ann Chir Gynaecol*. 1997; 86: 305-10.
69. Cesaretti IUR, Santos VLCG, Filipin MJ, Lima SRS, Ribeiro AM. A enfermagem e o processo de cuidar de estomizados. In: Crema E, Silva R. *Estomas: uma abordagem interdisciplinar*. Uberaba (MG): Pinti; 1997. p. 125-44.
70. Breckman B. *Enfermeira del estoma*. Madri: Ed Convatec; 1990. Cap.11,p.149-59.
71. Santos VLC de G, Koizumi MS. Sentimentos e sugestões manifestados por colostomizados que se auto-irrigam. *Rev Esc Enferm USP*. 1992; 26:161-72
72. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora da Deficiência: “Ainda Posso levar uma Vida normal?” Rio de Janeiro: Ministério da Justiça; 1999.
73. Mendonça RS, Valadão M Castro L, Camargo TC. Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53: 431-5.
74. Pavan ECP, Dell’Acqua MCQ, Medolago N. *Manual de Orientações à pacientes portadores de Ostomias Intestinais*. Botucatu: São Paulo; 2008.
75. Israel FC, Dell’Acqua MCQ, Bocchi SCM, Simonetti JP, Pavan ECP, Bonacordi MRC. *Manual de Orientações à pacientes portadores de Ostomias Intestinais*. Botucatu: São Paulo; 2003.
-



ANEXOS

**Anexo 1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA
(Resolução 196/96- Ministério da Saúde)⁽⁴³⁾**

Pesquisa: Condutas Terapêuticas à Pessoa Ostomizada de um Núcleo de assistência aos Ostomizados (N A O). O objetivo geral desta pesquisa é reavaliar o serviço, identificando os usuários do Núcleo de Assistência aos Ostomizados, indicando a condição para: a reconstrução do trânsito intestinal; auto-irrigação intestinal ou seguimento por consulta de enfermagem no ambulatório e propor um protocolo de acompanhamento em pré- operatório que possibilite o seguimento dos casos novos e/ou pessoa ostomizada já cadastrada no ambulatório de Coloproctologia e no NAO.

Solicito seu consentimento respondendo as perguntas que serão registradas conforme um formulário, garantindo que essas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras, que manterão sigilo sobre sua identidade. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade de Érika Cibebe Pereira Pavan, enfermeira supervisora técnica Seção de Gastroenterologia Cirúrgica Hospital das. Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu–UNESP, orientada pela Professora Doutora Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora e orientadora pelos endereços e telefones: Distrito Rubião Junior s/nº ,FMB-UNESP, tel: 014 381116210 ,email: Érika-pavan@ig.com.br e /ou Departamento de Enfermagem – FMB - UNESP, tel:3811-6004/3811-6070.

Este documento após aprovação do CEP será elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outro será mantido em arquivo pelo pesquisador.

Botucatu, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo 2- Formulário A: Critérios para indicação de medidas terapêuticas para os usuários do NÃO.

nº.()
Parte 1- Dados sócio-econômicos – Perfil, contexto individual e social.
1-Nome: _____
2-Endereço: _____
3-Cidade: _____
4-Número do Prontuário _____
5-Idade _____ anos
6-Raça: ()Branca ()Negra ()Parda ()Amarela ()Índigena
7- Estado civil ; ()Casado ()Solteiro ()Divorciado ()Concubinato ()Viúvo
8- Escolaridade: _____ () Não sabe /sem declaração
9- O(s) banheiro(s) do domicílio onde reside possui(m) azulejo? () Sim () Não
10- O domicílio onde reside possui rede de esgoto? () Sim () Não
11- O domicílio onde reside possui energia elétrica? () Sim () Não
12- Antes da colostomia, você saia de casa para trabalho ou lazer? () Sim () Não
13- Se você saia de casa antes da colostomia, após a colostomia, você continua saindo de casa para trabalho ou lazer? () Sim () Não
14- Você trabalha fora de casa? () Sim () Não
15- A colostomia deixa você constrangido em seu ambiente de trabalho? () Sim () Não
16- Após a colostomia, sua relação sexual se modificou? () Sim () Não
17- Na sua opinião, esta modificação foi para melhor? () Sim () Não
18- Após a colostomia seu relacionamento familiar se modificou? () Sim () Não
19- Na sua opinião, esta modificação foi para melhor? () Sim () Não
20- Você gostaria de realizar a cirurgia de fechamento da colostomia: () Neste exato momento () Mais adiante () Não. Não gostaria de realizar a cirurgia de fechamento de colostomia.

21- Você gostaria de aprender o processo de auto-irrigação:

- ☐ Neste exato momento
- ☐ Mais adiante
- ☐ Não. Não gostaria de aprender o processo de auto-irrigação.

Parte 2- Informações Clínicas

22-Diagnóstico médico:

Neoplasias de colon; ☐ Ascendente ☐ Transverso ☐ Descendente
☐ Sigmóide ☐ Reto

Doenças: ☐ Diverticular ☐ Chron ☐ Polipose familiar ☐ Retocolite ulcerativa
Traumas ☐

Neoplasia de intestino delgado ☐

Outros ☐

23—Possui alguma das seguintes doenças associadas?

- ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Neurológica ☐ Cardíaca
- ☐ Hipotireoidismo ☐ Hipertireoidismo ☐ Distrofia muscular

24- Encontra-se em tratamento:

- ☐ Quimioterápico
- ☐ Radioterápico

25-Possui alguma deficiência?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Qual? ☐ Visual ☐ Motora ☐ De comunicação

26-Tipo de cirurgia:

- ☐ Eletiva
- ☐ Emergencial data: _____

26-Há quanto tempo realizou a ostomia? _____ anos

27-Tipo de derivação:

- ☐ Provisória
- ☐ Definitiva

28-Tipo de segmento:

- ☐ Íleo
- ☐ Ângulo hepático
- ☐ Ascendente
- ☐ Transverso
- ☐ Descendente
- ☐ Sigmóide

29-Tipo de ostomia:

- ☐ Terminal ☐ Alça

30-Foi demarcada previamente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

31-Houve complicações?

☐ Não

☐ Sim. Qual (ou quais)?

☐ Hérnia paracolostômica

☐ Prolapso

☐ Dermatite

☐ Retração

32-Equipamento indicado:

☐ 1 peça

☐ 2 peças

☐ Protetores

☐ Descartáveis

33-Intervalo entre as evacuações:

☐ contínuo

☐ 1 vez ao dia

☐ 2 a 4 vezes ao dia

34- AVALIAÇÃO FINAL:

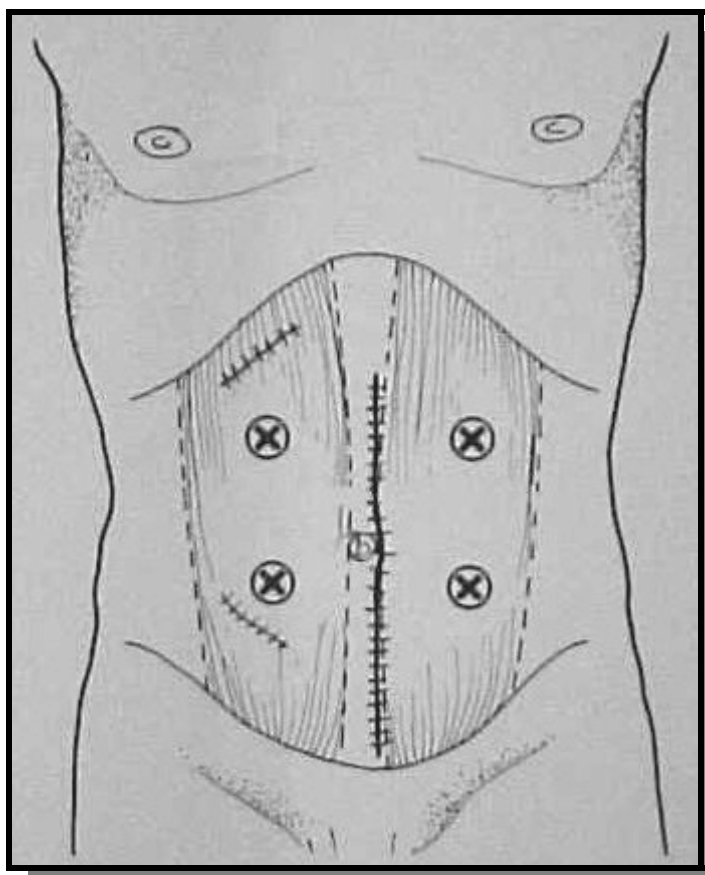
☐ Reconstrução do trânsito intestinal

☐ Auto-irrigação

☐ Seguimento ambulatorial

Anexo 3

Locais para demarcação de estoma



Mendonça, RS, Valadão M, Castro L, Camargo TC, 2006⁽⁷³⁾.

Anexo 4

TÉCNICA DE AUTO-IRRIGAÇÃO INTESTINAL

Pavan ECP, 2008⁽⁷⁴⁾



Figura 1 - Kit para a irrigação intestinal pela colostomia



Figura 2 - Irrigador preparado para o início do procedimento



Figura 3 - Colocação da manga drenadora na colostomia



Figura 4 – Manga drenadora no vaso sanitário



Figura 4 - Introdução do cone na colostomia



Figura 5 – Infusão do líquido para a irrigação

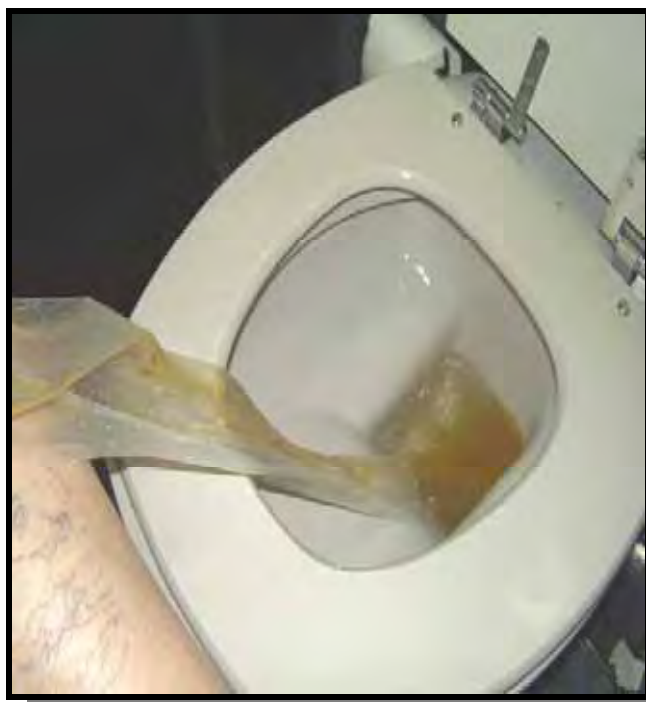


Figura 6 - Manga drenadora com a saída do efluente no vaso sanitário



Figura 7-Término da irrigação e fixação do dispositivo na colostomia

Anexo 5 - Tipos de complicações de ostomia intestinal
Israel F,2003 ⁽⁷⁵⁾.

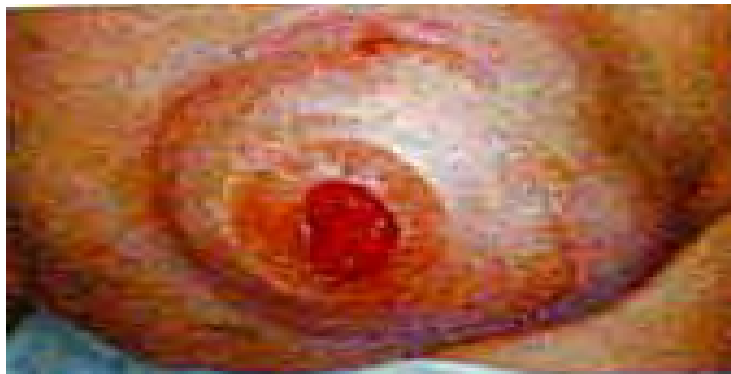


Figura 1-Hérnia paracolostômica. Israel F,2003 ⁽⁷⁵⁾.



Figura 2 –Prolapso intestinal



Figura 3 –Dermatite periestomal +retração

Anexo 6 – Instrumento de avaliação e seguimento de pessoas com ostomia intestinais no pós-operatório para condutas terapêuticas.



A vivência profissional como enfermeira supervisora da Seção Técnica de Gastroenterologia Cirúrgica há 12 anos e atuando no Núcleo de Assistência aos Ostomizados de um Hospital de Ensino do interior de São Paulo, possibilitou reconhecer as demandas apresentadas por pessoas ostomizadas, bem como, pensar sobre o processo de trabalho nestes locais.

Este CD ROM destina-se a enfermeiros treinado e/ou especializados em cuidados com ostomizados. Originou-se do estudo realizado para a dissertação de mestrado intitulado: Condutas Terapêuticas à Pessoa com Ostomia Intestinal de um Núcleo de Assistência aos Ostomizados (NAO), com objetivo de tornar-se um INSTRUMENTO SISTEMÁTICO de avaliação e seguimento de pessoas com ostomia intestinal, no pós-operatório que possibilite a indicação para as condutas terapêuticas, como reconstrução de trânsito intestinal, auto-irrigação pela colostomia ou seguimento ambulatorial por meio de consulta de enfermagem.

O instrumento sistemático foi elaborado com base nos critérios do referencial teórico e técnico, tendo como referências primárias de Pillore e Fine ⁽²⁸⁾, Santos e Koizumi ^(23,34) e Goffi ⁽¹⁶⁾ que em síntese é:

- **avaliação de indicação para a reconstrução do trânsito intestinal:** ocorre quando as ostomias são do tipo temporárias: realizadas para desviar o trânsito intestinal protegendo uma sutura ou anastomose distal

(estoma “protetor”), tendo em vista o seu fechamento num curto período de tempo, como quando realizadas nas ileostomias e colostomias em alça.

É descrito também que as principais indicações da ileostomia em alça são: como “proteção” de anastomoses distais como, íleo-anal, íleo-retal e colo-retal; para desfuncionalizar o segmento distal comprometido como, por exemplo, na doença intestinal inflamatória, colite isquêmica, etc.; para descomprimir um segmento obstruído exemplificado pela existência de câncer, doença diverticular). A colostomia em alça pode ser indicada em condições eletivas (por exemplo, para “proteger” anastomoses colo-retais “baixas”) ou de urgência (por exemplo, no câncer obstrutivo).

O intervalo de tempo que se espera para o fechamento do estoma depende da situação que determinou sua abertura. Por exemplo, se a colostomia foi aberta para desfuncionalizar temporariamente uma anastomose, ela pode ser fechada tão logo se comprove a integridade definitiva da anastomose. Nestas situações tende-se a fechar a colostomia cada vez mais precocemente, havendo autores que preconizam seu fechamento até na mesma internação hospitalar. No entanto, o intervalo mínimo que se deve esperar é de 30 dias⁽¹⁶⁾.

- **avaliação para a indicação da auto-irrigação da colostomia:** o processo de treinamento foi proposto por SANTOS e KOIZUMI^(23,34). O início do treinamento é variável, geralmente quando o ostomizado encontra-se em melhores condições físicas, aproximadamente após um mês de pós-operatório. Pode ser realizada pela enfermeira e terá conjuntamente o parecer do médico para essa conduta. Quanto ao treinamento para seu uso deve ser feito pelo enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro habilitado e o

acompanhamento da evolução das pessoas ostomizadas deve ser realizado por meio das consultas de enfermagem^(23,34).

Existe a indicação absoluta aos clientes, sendo eles: portadores de colostomias à esquerda (cólon descendente ou sigmóide), terminais e definitivas, sem doenças intestinais ou gerais associados^(25,27,36).

As contra-indicações relativas são as alterações do estoma como o prolapso, hérnia, retração ou de pele periestoma, principalmente as dermatites, tratamento de radio ou quimioterapia e incapacidades para o autocuidado no caso de deficiência mental e/ou visual, idade avançada, alterações osteoarticulares dentre outras). Devem ser realizadas também avaliações globais do usuário em relação ao seu estado de saúde geral, condições locais do estoma e pele periestoma e condições sanitárias residenciais, além dos aspectos de domínio cognitivo, afetivo e psicomotor que interferem na aprendizagem^(25,27,36).

O instrumento mostrou-se adequado para a avaliação e conduta terapêutica conforme foi proposto na pesquisa. Portanto, acredita-se, que possibilitará ao enfermeiro ou profissional treinado e/ou especializado às condições necessárias para a avaliação por meio da consulta de enfermagem. Quanto ao paciente, poderá resultar em atendimento assistencial apropriado, oferecendo opções para que o cuidado da pessoa ostomizada se realizasse; que poderão assim, de acordo com a indicação, escolher o que desejam à suas vidas.

ÉRIKA CIBELE PEREIRA PAVAN

Enfermeira supervisora técnica STE Gastroenterologia cirúrgica e responsável pelo Núcleo de Assistência de Ostomizados HC-FMB-UNESP.
COREN-SP: 64136 / Email: erika-pavan@ig.com.br

**Instrumento para avaliação de pessoas com ostomias intestinais no
pós-operatório para condutas terapêuticas.**

nº.()

Parte 1- Dados sócio-econômicos

1-Nome: _____

2-Endereço: _____

3-Cidade: _____ **Número do Prontuário** _____

5-Idade _____ **anos**

6-Raça: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Índigena

7- Estado civil ; () Casado () Solteiro () Divorciado () Concubinato () Viúvo

8- Escolaridade: _____ () Não sabe /sem declaração

9- O(s) banheiro(s) do domicílio onde reside possui(m) azulejo?

a() Sim b() Não

10- O domicílio onde reside possui rede de esgoto?

a() Sim b() Não

11- O domicílio onde reside possui energia elétrica?

a() Sim b() Não

12- Você tem vínculo empregatício?

() Sim () Não () a condição: () aposentado, () afastado, () outros _____

****13- Você gostaria de realizar a cirurgia de fechamento da colostomia:**

() Neste exato momento

() Mais adiante

() Não. Não gostaria de realizar a cirurgia de fechamento de colostomia.

****14- Você gostaria de aprender o processo de auto-irrigação:**

() Neste exato momento

() Mais adiante

() Não. Não gostaria de aprender o processo de auto-irrigação.

Parte 2- Informações Clínicas**15-Diagnóstico médico:**

A - Neoplasias de colon: 1() Ascendente 2() Transverso 3() Descendente
4() Sigmóide 5() Reto

B- Doenças : () Diverticular () Chron () Polipose familiar
() Retocolite ulcerativa

C- () Traumas

D- () Neoplasia de intestino delgado

E- () Outros

16-Possui alguma das seguintes doenças associadas?

a() Hipertensão b() Diabetes c() Neurológica d() Cardíaca e() Renais
f() Hipotireoidismo g() Hipertireoidismo h() Distrofia muscular

17- Encontra-se em tratamento:

() Quimioterápico () Radioterápico

18-Possui alguma deficiência?

a() Não

b() Sim. Qual? () Visual () Motora () De comunicação

19-Tipo de cirurgia:

() Eletiva

() Emergencial data: _____

20-Tipo de derivação:

a() Provisória

b() Definitiva

21-Tipo de segmento:

a() Íleo b() Ângulo hepático c() Ascendente d() Transverso
e() Descendente f() Sigmóide

22-Tipo de ostomia:

a() Terminal b() Alça

23-Foi demarcada previamente?

() Sim

() Não

****24-Houve complicações ?**

() Não

(), Sim. Qual (ou quais)? () Hérnia paracolostômica

() Prolapso

() Dermatite

() Retração

25-Equipamento indicado:

() 1 peça () 2 peças () Protetores () Descartáveis

****Questões para serem avaliadas em consulta de enfermagem ambulatorial.**

= Critérios para Auto-irrigação pela colostomia:

- Indicações absolutas para auto-irrigação

Itens:

- 20 b** (derivação definitiva);
- 21 e** (segmento descendente) e **f** (segmento sigmóide);
- 22 a** (terminal).

-Contra-indicações absolutas para auto-irrigação:

Itens:

- 15 B** (doenças intestinais);
- 16 d** (doenças cardíacas), **e** (doenças renais);
- 21 a**(segmento íleo), **b**(segmento ângulo hepático),**c** (segmento ascendente),
d (segmento transversal).

-Contra-indicações Relativas (avaliação especializada) para a auto-irrigação:

Itens:

- 9b**(sem banheiro azulejado);
 - 10b**(sem rede elétrica);
 - 11b**(sem rede de esgoto);
 - 16** (doenças associadas) **exceto d**(cardíaca),**e**(renal);
 - 17** (em vigência de Quimio e radioterapia);
 - 18b**(ter deficiência física);
- presença de alterações no estoma ou pele peri-estomal.**

=Critérios para a Reconstrução do Trânsito Intestinal

Item:

- 20 a** (derivação provisória).

26- AVALIAÇÃO FINAL:

- () Reconstrução do trânsito intestinal
- () Auto-irrigação
- () Seguimento ambulatorial

Anexo 7 - Declaração dos Direitos dos Ostomizados

É objetivo principal da “International Ostomy Association” que todas as pessoas ostomizadas tenham direito de uma qualidade de vida satisfatória após suas cirurgias e que esta Declaração seja reconhecida em todos os países do mundo.

1- Receber orientação pré-operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma ostomia.

2- Ter um ostoma bem feito, local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente.

3- Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializada no período pré-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades.

4- Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis em seu país.

5- Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para ostomia sem preconceito ou constrangimento.

6- Ter acesso a dados acerca de sua Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos.

7- Receber apoio e informação para benefício da família, dos cuidados pessoais e dos amigos a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatório para viver com a ostomia.

8- Assegurar que os dados pessoais a respeito da cirurgia de ostomia serão tratados com discrição e confiabilidade, a fim de manter privacidade.

COMITÊ EXECUTIVO DA IOA-ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DOS OSTOMIZADOS, junho de 1993 e revisado em junho de 1997 – CANADÁ. Revisado pelo Conselho Mundial em 2004 e 2007 ⁽⁷⁾.

Anexo 8 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 04 de dezembro de 2.006

OF.591/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Magda Crstina Q. Del'Áccqua
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Profª Magda,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Re-olhar para o núcleo de assistência aos ostomizados (N.A.O)", a ser conduzido por Érika Cibele Pereira Pavan, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Situação do Projeto: APROVADO:

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.*

Atenciosamente,

*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.*