

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RECOMENDAÇÕES PARA A  
PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO ESTOMA E PELE AO REDOR  
DESTE NO INDIVÍDUO PORTADOR DE ESTOMA DE ELIMINAÇÃO  
INTESTINAL**

**CARLA CHRISTINA REIS LOPES**

Belo Horizonte

2011

CARLA CHRISTINA REIS LOPES

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RECOMENDAÇÕES PARA A  
PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO ESTOMA E PELE AO REDOR  
DESTE NO INDIVÍDUO PORTADOR DE ESTOMA DE ELIMINAÇÃO  
INTESTINAL**

Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Enfermagem Hospitalar do  
Departamento de Enfermagem Básica da UFMG.

Área de Concentração: Estomaterapia.

Orientadora: Profa Dra Eline Lima Borges

Belo Horizonte

2011

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eline Lima Borges, o meu sincero agradecimento não apenas pela sua eficiência na orientação, mas pela presença humana, o apoio, o estímulo, a disponibilidade e a dedicação durante esta trajetória. Muito obrigada pelo aprendizado que proporcionou, pelas múltiplas orientações, comentários, ideias e correções.

À Universidade, instituição onde tive a oportunidade de dar um importante passo rumo ao crescimento científico e profissional.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

## RESUMO

LOPES, C.C.R. **Diagnósticos de enfermagem e recomendações para a prevenção de complicações no estoma e pele ao redor deste no indivíduo portador de estoma de eliminação intestinal.** 2010. 63 fl. Dissertação (monografia) ó Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Trata-se de uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem inerentes ao paciente portador de estoma de eliminação intestinal conforme a proposta da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem e estabelecer recomendações de enfermagem referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor. Buscou-se estudos nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE com os seguintes descritores: ileostomia, colostomia, estoma cirúrgico, diagnósticos de enfermagem, processos de enfermagem, planejamento de assistência ao paciente, avaliação em enfermagem, cuidados básicos de enfermagem, prática de enfermagem avançada, enfermagem em reabilitação, enfermagem perioperatória, cuidados de enfermagem e enfermagem baseada em evidências, e o termo estoma intestinal no idioma português, espanhol e inglês, no período de 2000 à 2010. Quanto ao delineamento os sete estudos selecionados eram estudo descritivo ou estudo de caso, nível de evidência IV, conforme a classificação proposta por Stetler *et al.*(1998). Foram encontrados 13 diagnósticos de enfermagem: distúrbio na imagem corporal, ansiedade, interação social prejudicada, conhecimento deficiente, controle eficaz do regime terapêutico, déficit no auto cuidado, padrão de sono perturbado, intolerância à atividade, integridade da pele prejudicada, baixa auto-estima situacional, desesperança, processos familiares interrompidos e isolamento social. O diagnóstico de enfermagem comum aos estudos identificados foi distúrbio na imagem corporal. Mais da metade dos diagnósticos de enfermagem identificados estão relacionados às necessidades psicológicas. As recomendações de enfermagem para pacientes portadores de estoma de eliminação referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor encontrados na revisão foram: localizar corretamente o estoma; criar serviço específico para educar e acompanhar os pacientes portadores de estoma; sensibilizar os profissionais quanto à importância da abordagem aos pacientes no pré- operatório e continuidade no pós operatório; realizar um atendimento globalizado com prestação de assistência e fornecimento de dispositivos; educar os pacientes para as questões periestomais e acompanhá-los após a alta

para garantir a manutenção de um dispositivo coletor seguro; realizar novos estudos para examinar a frequência dessas complicações, bem como o papel da demarcação na redução dos mesmos. Pode-se afirmar que o estudo realizado permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem inerentes ao paciente com estoma de eliminação e estabelecer recomendações referentes a prevenção de complicações no estoma e pele ao redor. Nota-se que estudos referentes a identificação de diagnósticos de enfermagem são escassos. Constatou-se que os estudos identificados apresentavam nível de evidência baixo. Para reverter esse dado sugere-se aos enfermeiros a realização de novos estudos.

**PALAVRAS- CHAVE:** Ileostomia, Colostomia, Diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem e enfermagem baseada em evidências.

## SUMMARY

LOPES, C.C.R. **Nursing diagnoses and recommendations for the prevention of complications in the stoma and skin around this in the individual carrier of intestinal stoma elimination.** 2010. 63 fl. Dissertation (monograph) ó School of nursing, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

It is an integrative review which aimed to identify nursing diagnoses inherent patient carrier of intestinal stoma disposal as the proposal of the North American Nursing Diagnosis Association and provide recommendations regarding nursing preventing complications in the stoma or skin around. Empirical studies in databases SCIELO, LILACS and MEDLINE with the following descriptors: Ileostomy, colostomy, stoma surgical, nursing diagnoses, nursing process, patient care planning, nursing assessment, primary nursing care, advanced practice nursing , rehabilitation nursing , Perioperative Nursing, Nursing Care and Evidence-Based Nursing, and the term intestinal stoma in languages Portuguese, Spanish and English in the period from 2000 to 2010. As regards the delineation of the seven selected studies were descriptive study or case study, evidence level IV, as the classification proposed by Stetler *et al.* (1998). It found 13 nursing diagnostics: body image disorder, anxiety, impaired social interaction, poor knowledge, effective control of the therapeutic regimen, deficit in self care, disturbed sleep pattern, intolerance, impaired skin integrity, situational low self-esteem, hopelessness, family stopped processes and social isolation. The common diagnosis of nursing studies identified, was disorder in body image. More than half of nursing diagnostics identified are related to psychological needs. Recommendations for nursing to patients with stoma disposal regarding the prevention of complications in the skin around the stoma or found in the review were: correctly locate the stoma; create specific service to educate and monitor patients with Stoma; sensitizing the professionals on the importance of the approach to patients in pre-operative and post-operative continuity; perform a globalized care with assistance and supply devices; educate patients to periestomais issues and accompany them after high to ensure the maintenance of a safe sink device; conduct new studies to examine the frequency of these complications, as well as the role of demarcation in reducing them. We can say that the study has identified the inherent nursing diagnoses a patient with stoma of disposal and establish recommendations for prevention of complications in the stoma and skin around. Note that studies concerning the identification of nursing diagnoses are scarce. It was

noted that the studies identified had low level of evidence. To revert this it is suggested that nurses conduct new studies.

Keywords: Ileostomy, Colostomy, diagnosis of nursing, nursing care and evidence-based nursing.

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| QUADRO 1 ó Indicações para confecção de ileostomias-----   | 15 |
| QUADRO 2 ó Indicações para a confecção de colostomias -----  | 16 |
| QUADRO 3 ó Força de evidência de estudos e de outras fontes -----  | 22 |
| QUADRO 4 ó Identificação de artigos para responder a pergunta 1 -----  | 26 |
| QUADRO 5 ó Identificação de artigos para responder a pergunta 2 -----  | 27 |
| QUADRO 6 ó Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa que responderam a pergunta 1 -----            | 31 |
| QUADRO 7 ó Itens referentes aos estudos analisados que responderam a pergunta 1 ---                                  | 32 |
| QUADRO 8 ó Diagnósticos de enfermagem identificados e conclusão dos autores -----                                    | 33 |
| QUADRO 9 ó Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa que responderam a pergunta 2 -----            | 37 |
| QUADRO 10 ó Delineamento e objetivos dos estudos incluídos na revisão integrativa que responderam a pergunta 2 ----- | 38 |
| QUADRO 11 ó Conduas identificadas, resultados obtidos e recomendações -----  | 40 |

## SUMÁRIO

**AGRADECIMENTOS**

**RESUMO**

**SUMMARY**

**LISTA DE QUADROS**

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>1- INTRODUÇÃO</b>                  | <b>07</b> |
| <b>2- OBJETIVOS</b>                   | <b>11</b> |
| <b>3- REVISÃO DE LITERATURA</b>       | <b>12</b> |
| <b>4- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> | <b>20</b> |
| 4.1- REFERENCIAL TEÓRICO              | 20        |
| 4.2.- REFERENCIAL METODOLÓGICO        | 23        |
| <b>5- RESULTADO</b>                   | <b>30</b> |
| 5.1- RESULTADO REFERENTE À PERGUNTA 1 | 30        |
| 5.2- RESULTADO REFERENTE À PERGUNTA 2 | 36        |
| <b>6- DISCUSSÃO</b>                   | <b>43</b> |
| <b>7- CONCLUSÃO</b>                   | <b>51</b> |
| <b>REFERENCIAS</b>                    | <b>53</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Com a industrialização e o aumento da expectativa de vida, a população ficou exposta a inúmeros problemas de saúde, propiciando aumento de doenças crônicas ou condições crônicas. O avanço tecnológico e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas contribuíram para o diagnóstico precoce e tratamento de doenças que necessitam exteriorizar o intestino delgado, cólon ou órgãos do sistema urinário para desempenhar suas funções, melhorando a qualidade de vida do paciente e facilitando a sua reabilitação (CEZARETI, 1995).

Em diversas condições crônicas, os indivíduos são atendidos pelo enfermeiro que, utilizando o método científico do processo de enfermagem, irá identificar necessidades humanas afetadas para as quais irá implementar ações de enfermagem. Esta situação aplica-se ao paciente portador de estoma.

Estoma ou estomia é uma palavra que provém do grego, significa õboca ou abertura e é utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca do corpo quando há necessidade de desviar temporária ou permanentemente o trânsito normal de alimentação, ventilação ou eliminação (CARDOSO; CARVALHO, 2010). Os estomas de eliminação intestinal recebem nomes distintos conforme o segmento exteriorizado. Por exemplo, colostomia e ileostomia são definidas, respectivamente, pela abertura do segmento cólico ou ileal na parede abdominal, permitindo o desvio do conteúdo fecal para o meio externo (ARAÚJO, GAMA, 2005).

Independente de ser um estoma temporário ou definitivo, a realização desse procedimento acarreta uma série de problemas, além daqueles comuns aos pacientes submetidos a uma cirurgia. Problemas estes compreendidos sob as dimensões fisiológicas, psicológicas, emocionais e sociais. Alguns pacientes apresentam alterações psicológicas e emocionais acentuadas, fato comprovado pela seguinte afirmativa:

Tais sentimentos resultam das transformações/perdas percebidas pela pessoa decorrentes da existência do estoma. Vão desde a perda de um órgão altamente valorizado e a conseqüente privação do controle fecal e de eliminação de gases; perda de auto estima e auto conceito resultante da alteração da sua imagem corporal; perda do seu status social devido ao isolamento inicial imposto pela própria pessoa estomizada; sentimento de inutilidade, pois num primeiro momento acha que terá perdido sua capacidade produtiva; sentimentos exteriorizados pela pessoa como depressão, desgosto, ódio, repulsa e inaceitação podem levar a alterações na dinâmica familiar. Ocorrem ainda, alterações na vida sexual da pessoa, resultado da diminuição e perda da libido e por vezes impotência, relacionados com a alteração da imagem do corpo e a conseqüente diminuição da auto-estima da pessoa ostomizada, bem como de preocupações relacionadas com a eliminação de odores e fezes durante a relação sexual (ALMEIDA; CASCAIS; MARTINI, 2007, p. 165).

Portanto, a confecção de um estoma acarreta mudanças na vida do indivíduo, que repercute em todos os níveis de sua vida, sendo muito importante apoio contínuo ao mesmo, visto que seus problemas são duradouros e cíclicos (GEMELLI; ZAGO, 2002).

Os pacientes estomizados podem contar com o auxílio da Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), associação civil, sem fins lucrativos de Utilidade Pública, Federal, Estadual e Municipal, voltada para defesa dos direitos da pessoa com estomia. A ABRASO possui representações em todas as regiões do Brasil e é filiada à Associação Internacional de Ostomizados (IOA). Tem por objetivo promover o cuidado de saúde, a reabilitação e melhora da qualidade de vida dos estomizados, além de difundir internacionalmente o direito dos mesmos. A IOA está estruturalmente organizada pelo Conselho Mundial, como autoridade máxima das associações (MONGE, 2008).

Segundo Shimizu e Silva (2007) a associação dos estomizados ocupa um lugar importante, por representar um espaço onde se buscam diversos tipos de recursos, tanto materiais como de informação e de interação social.

Os dados epidemiológicos referentes à pacientes portadores de estomas são escassos no nosso país. Esse fato pode estar associado às dificuldades de sistematização de dados e informações de saúde. Além disso, são conseqüências de doenças ou traumas e não são causas ou diagnósticos de notificação compulsória (SAMPAIO et al., 2008). No Brasil, segundo a Associação Brasileira de Estomizados (2008), existe cerca de aproximadamente 33.864 pessoas portadoras de estomas. A região sudeste possui 17.669 e no Estado de Minas Gerais há 4.643 pessoas estomizadas.

Segundo a Declaração Internacional de Direitos dos Estomizados, o paciente tem direito de receber cuidados de enfermagem especializados no período pré e pós- operatórios e de reabilitação, tanto no hospital como em suas próprias comunidades (ABRASO, 1993).

O sucesso da assistência prestada ao paciente portador de estoma está relacionado à atuação de uma equipe multiprofissional. O atendimento de enfermagem deve ser altamente qualificada e bem treinada, uma vez que a assistência é representada por atividades que devem ser executadas com a qualidade que se espera de um bom profissional, não apenas do ponto de vista ético e humanístico, como também do ponto de vista técnico-científico (CARVALHO; GALDEANO; LUVISSOTO, 2007). O enfermeiro instrumentalizado de competência e habilidades é capaz de prever, perceber, investigar, interpretar, analisar, julgar e solucionar os problemas de saúde baseados nas manifestações das respostas humanas (LIRA; ALBUQUERQUE; LOPES, 2007). É importante que este raciocínio seja norteado por práticas baseadas em evidências.

O enfermeiro ao assistir o paciente portador de estoma utiliza o processo de enfermagem que possibilita ao profissional, assistência planejada, tanto ambulatorial quanto hospitalar. O processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem. Auxilia o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as conseqüências. É considerado a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem (PAUL; REEVES; STANTON, 1993)

Para a implantação e operacionalização do processo de enfermagem, sustentado por um referencial teórico, utiliza-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Uma metodologia científica que fundamenta a assistência prestada pelo profissional enfermeiro (REPPETTO; SOUZA, 2005). Ela auxilia os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem as metas alcançadas pelos pacientes (LEFEVRE, 2005).

No Brasil, o processo de enfermagem foi introduzido pela Dra. Wanda de Aguiar Horta, em 1979, por meio da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Segundo Horta (1973), o processo de enfermagem caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases e passos. Para Lefevre (2005) o processo de enfermagem possui cinco etapas que são: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O desacerto em uma das etapas pode levar a uma determinação errônea na conduta de enfermagem e conseqüentemente a uma ação inapropriada.

Dentre as etapas do processo de enfermagem, destaca-se o diagnóstico de enfermagem por se tratar de uma etapa dinâmica, sistemática, organizada e complexa, significando não apenas uma simples listagem de problemas, mas uma fase que envolve avaliação crítica e tomada de decisão.

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2010, p. 436).

A Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association*) ó NANDA ó é uma organização já estabelecida, que contribui de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem obedecendo ao modelo de terminologia da *International Standards Organization* (ISO) em relação a um diagnóstico de enfermagem. A estruturação dos diagnósticos de enfermagem propostos por essa Associação compreende o título e sua definição, fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras (NANDA, 2010).

No decorrer da sua história, a enfermagem acumulou conhecimentos empíricos e tem executado suas atividades baseadas em normas e rotinas repetidas e sem reflexão da sua atuação. A assistência de enfermagem intuitiva, sem sistematização do trabalho causa comprometimento da qualidade da assistência, desorganização do serviço, conflito de papéis, desvalorização do profissional enfermeiro, desgaste de recursos humanos e perda de tempo (ANDRADE, 2005). Para que isso não aconteça é necessário o desenvolvimento de uma enfermagem científica, utilizando métodos de trabalho com fundamentação teórica visando uma assistência sistematizada.

Diante da minha prática clínica adquirida, constatee que na rede hospitalar, o cuidado de enfermagem ao portador de estoma não possui uma sistematização desenvolvida por meio de um protocolo. Na maioria das vezes, a responsabilidade deste planejamento fica atrelada aos esforços individuais de enfermeiros generalistas. Desta forma, a grande maioria dos pacientes recebe orientações e cuidados especializados somente quando entram em contato com o Programa dos Ostomizados, mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É possível verificar que o paciente, ao chegar ao Programa dos Ostomizados, no período pós- operatório, com muitos dias após a alta hospitalar, já trilhou um caminho longo de sofrimento por inabilidade no cuidado com o estoma, desconhecimento do Programa e Associação dos Ostomizados, falta de equipamentos coletores e outras situações constrangedoras, que intensificam sua angústia e experiência negativa em relação a sua nova condição.

Considerando as implicações positivas relacionadas à utilização da prática baseada em evidências, com a melhoria da assistência de enfermagem ao paciente e na possibilidade do enfermeiro evidenciar seu conhecimento científico, este estudo justifica-se na medida em que propõe contribuir com a construção de um instrumento fundamentado cientificamente para orientar e evidenciar o raciocínio clínico e terapêutico do enfermeiro no atendimento ao paciente portador de estomas de eliminação.

Desta forma este trabalho tem como finalidade identificar os diagnósticos de enfermagem inerentes aos pacientes portadores de estoma de eliminação intestinal e estabelecer as recomendações referentes à prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor.

## 2. OBJETIVOS

- ❖ Identificar os diagnósticos de enfermagem inerentes ao paciente portador de estoma de eliminação intestinal conforme a proposta da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem;
- ❖ Estabelecer as recomendações de enfermagem para pacientes portadores de estoma de eliminação referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### **Anatomia e fisiologia do intestino**

O conhecimento da anatomia e fisiologia do sistema digestivo para a assistência de enfermagem a pacientes com estomas intestinais é de grande importância para a segurança e qualidade do cuidado no pré, trans e pós-operatório. Segundo Santos *et al* (2007) a confecção de um estoma é um procedimento potencialmente acompanhado de complicações que na maioria das vezes são subestimadas.

O intestino delgado divide-se em duodeno, os primeiros 25 a 30 centímetros, jejuno, os 2,6 metros (m) seguintes, e íleo, 1,1 m final, que se comunica ao cólon na válvula íleocecal, impedindo o refluxo do conteúdo colônico para o íleo (STEELE; SABOL, 2007).

No duodeno, o quimo (alimento após entrar no duodeno) mistura-se com as enzimas pancreáticas, substâncias alcalinas, água, muco e bile. São acrescentadas a essa mistura as enzimas secretina, enterocinase (ativa o tripsinogênio) e colecistocina, lipase (digestão lipídica), enteropeptidase (digestão protéica), nucleases (digestão de RNA e DNA), maltase, lactase e sacarase (digestão de carboidratos), juntamente com mais muco, bicarbonato e água (STEELE; SABOL, 2007).

O intestino delgado apresenta dois tipos de movimentos, o propulsivo e o misturador. Os movimentos propulsivos impulsionam o alimento para frente (peristalse estimulada por distensão), permitindo a digestão e absorção. Contrações concêntricas (segmentação) promovem o movimento de mistura. A repetição desse processo amassa continuamente o quimo. O esvaziamento do intestino delgado para dentro do cólon ocorre da mesma maneira que o esvaziamento gástrico (contrações). Ondas peristálticas geram uma pressão no íleo, através da válvula ileocecal e empurra o quimo para o cólon. Esta válvula impede o refluxo. Reflexos intramurais (iniciados por um cólon distendido) retardam o esvaziamento ileal (STEELE; SABOL, 2007).

Absorção e digestão são as principais funções do intestino delgado, facilitadas por secreções do pâncreas, fígado e vesícula biliar. A mucosa intestinal apresenta inúmeras dobras revestidas por vilosidades, os quais aumentam drasticamente a área de absorção, cerca de 550

metros quadrados. Aproximadamente 9 a 10 litros de secreção chegam ao intestino delgado sendo que somente 0,5 a 1 litro chegam a válvula ileocecal (STEELE; SABOL, 2007) .

O carboidrato começa a ser clivado na boca pela amilase salivar e continua no intestino através da maltase, lactase e sacarase. Sendo a sacarose, a lactose e o amido as principais fontes de carboidratos (STEELE; SABOL, 2007).

A proteína começa a ser degradada no estômago pelas ações do ácido clorídrico e da pepsina. No entanto na ausência de tais enzimas o intestino delgado (no duodeno e jejuno) é capaz de digerir por completo toda a proteína disponível por meio das enzimas pancreáticas proteolíticas. Os polipeptídeos no intestino delgado são degradados em fragmentos peptídicos e aminoácidos pela tripsina, quimotripsina e carboxipeptidase (STEELE; SABOL, 2007).

Lipídios, triglicérides e fosfolipídios são degradados no intestino delgado através da bile. Em seguida, as células pancreáticas degradam as gorduras em cadeias de ácidos graxos e monoglicerídeos. Na submucosa, os ácidos graxos livres passam diretamente para o sangue, quando suficientemente pequenos. O ácido graxo livre é reorganizado em um triglicerídeo, acoplado às lipoproteínas e colesterol, quando muito grandes para a difusão (STEELE; SABOL, 2007).

A bile deixada para trás no intestino depois da absorção das gorduras é reabsorvida no íleo. Quando os sais biliares penetram no cólon, eles diminuem a reabsorção de água e sódio, aumentando e tornando os resíduos alimentares não digeridos no cólon, mais liquefeitos. Grande parte da gordura (95%) é absorvida no momento em que o quimo alcança a metade do jejuno (STEELE; SABOL, 2007).

Muitas vitaminas difundem-se através da mucosa e submucosa intestinal no sangue. A vitamina B12 é absorvida no íleo terminal (STEELE; SABOL, 2007).

O intestino grosso mede aproximadamente 120 a 150 centímetros e é tradicionalmente dividido em seis partes. O ceco é a seção mais proximal e é onde se localiza a válvula ileocecal. O apêndice vermiforme, um tubo cego de 2,5 a 20 cm, protai-se posteriormente do ceco. O cólon ascendente estende-se superiormente do ceco até a flexura hepática. O cólon transversal localiza-se entre a flexura hepática e esplênica. O cólon descendente estende-se desde a flexura esplênica até o nível da crista ilíaca. Na crista ilíaca o cólon transforma-se em cólon sigmóide, que continua para baixo até o assoalho pélvico, recebendo a denominação de reto. Os últimos 2,5 cm ou mais do reto, o canal anal, passam entre os músculos elevadores do ânus do assoalho pélvico e desemboca na superfície externa do corpo como o orifício anal. Dois esfíncteres atuam para proporcionar a continência fecal e proteger esse orifício: um esfíncter interno composto de músculo liso e um esfíncter externo composto de músculo

esquelético. Por meio da irritação e ativação colinérgica as células caliciformes da mucosa colônica secretam muco, o qual lubrifica a passagem do quimo (STEELE; SABOL, 2007).

Grande parte da água e potássio do quimo é absorvida no intestino grosso. Cerca de 800 a 1000 ml de líquido chegam no ceco e apenas 150ml são eliminados nas fezes. Isto produz um resíduo semi sólido de alimento não digerido (fezes) que pode ser eliminado do organismo. A diarreia pode reduzir o tempo de trânsito do quimo, limitando, assim, essa reabsorção de água e potássio (STEELE; SABOL, 2007).

Os movimentos colônicos incluem a mistura, os movimentos peristálticos e o movimento de massa. Este consiste em contrações simultâneas do músculo liso colônico sobre extensa região do cólon descendente e sigmoide (STEELE; SABOL, 2007).

Os seres humanos não digerem a celulose, a hemicelulose ou a lignina nos tecidos vegetais, sendo estes, grande parcela do resíduo alimentar não digerido. Essas fibras atraem e mantêm a água, criando fezes maiores e mais amolecidas. Baixas quantidades de fibras levam a movimentos intestinais relativamente raros e fezes relativamente pequenas, secas e de difícil eliminação.

Quando o reto fica cheio de fezes, o músculo liso do reto se contrai e o esfíncter anal interno se relaxa. A defecação ocorre quando há abertura do esfíncter externo (formado por músculos estriados, sob controle voluntário) (STEELE; SABOL, 2007).

Grandes populações bacterianas colônicas estão estabelecidas no cólon. Alguns desses organismos produzem vitamina K, inúmeras das vitaminas B e outras produzem amônia, que é absorvida. Normalmente esta é absorvida no fígado (STEELE; SABOL, 2007).

## **Estomas intestinais**

Determinados distúrbios impedem a passagem fisiológica das fezes pelo intestino ou reto, sendo necessária a abertura artificial, denominado estoma, na parede abdominal. Os estomas intestinais são realizados em alças com mobilidade e comprimento adequados, que facilitam a exteriorização através da parede abdominal. O sigmóide e o transversal são habitualmente móveis, o ascendente e o descendente fixos e o ceco pode ser fixo, parcialmente móvel ou completamente livre. Dessa maneira os estomas intestinais mais comuns são feitos no íleo (ileostomia) e nos cólons (colostomia) transversal e sigmóide. Não existe terminação nervosa no estoma, portanto ele é indolor (ROCHA, 2005).

Os estomas intestinais são criados em caráter temporário ou definitivo. O primeiro é usado nas situações de trauma abdominal com perfuração intestinal, ou em função da necessidade de proteção de uma anastomose intestinal mais distal à derivação, tendo em vista o seu fechamento em curto intervalo de tempo. O estoma definitivo tem objetivo de substituir a perda da função esfinteriana, resultante de um tratamento cirúrgico, após insucesso de outras opções que objetivam restaurar a evacuação transanal, geralmente ocorre em situações de câncer (ARAÚJO; GAMA, 2005).

Tecnicamente as ileostomias e colostomias podem ser confeccionadas como terminais ou em alça. Essa última, geralmente, tem por finalidade permitir o restabelecimento do trânsito pelo fechamento do estoma sem necessidade de laparotomia.

O local de um estoma é determinado pela patologia do paciente e pelo seu quadro clínico geral. Muitas são as causas que levam à confecção de um estoma, dentre elas, as mais frequentes são os traumatismos, as doenças inflamatórias, doenças congênitas, os tumores e o câncer do intestino. Nos QUADROS 1 e 2 figuram as principais indicações de ileostomia e colostomia, respectivamente, segundo Araújo e Gama (2005).

## QUADRO 1

Indicações para confecção de ileostomias. Belo Horizonte, 2010

| <b>Ileostomia terminal</b>   | <b>Ileostomia em alça</b>   |
|--|---|
| ❖ Após colectomia total abdominal de urgência ou proctocolectomia total na retocolite ulcerativa;  | ❖ Para proteção de anastomoses ileoanal, coloanal ou colorretal;  |
| ❖ Na polipose adenomatosa familiar, em caso de câncer avançado no reto inferior ou na presença de múltiplos pólipos retais na vigência de contra-indicação técnica à anastomose ileoanal com reservatório ileal. | ❖ Na Doença de Crohn, nos casos raros de sepse abdominal por perfuração ileocecal após ressecção ileal e nas situações de doença perianal quando a proctocolectomia é recusada. |
| ❖ Na construção de derivações urinárias.   | ❖ No tratamento de perfurações intestinais com peritonite generalizada.   |
| ❖ Na situação de cânceres sincrônicos do reto inferior e do ceco.  | ❖ No tratamento paliativo da obstrução do cólon esquerdo, na ausência de alça fechada.  |

## QUADRO 2

Indicações para a confecção de colostomias. Belo Horizonte, 2010

| <b>Colostomia terminal</b>  | <b>Colostomia em alça</b>  |
|---|--|
| ❖ Após amputação abdominoperitoneal do reto.  | ❖ Para proteção de anastomoses coloanal ou colorretal.   |
| ❖ Após operação de Hartmann (sigmoidectomia ou retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento do colo retal). | ❖ No tratamento inicial da obstrução do cólon esquerdo (o procedimento em três tempos).  |
|   | ❖ No tratamento da perfuração do reto extra-peritoneal.  |
|   | ❖ No tratamento paliativo da neoplasia obstrutiva do cólon associada à carcinomatose peritoneal ou múltiplas metástases a distância. |
|   | ❖ No tratamento dos processos infecciosos perineais graves.  |

Geralmente, o procedimento cirúrgico que culmina com a confecção de um estoma intestinal é potencialmente acompanhado de complicações, que na maioria das vezes não são registradas. As principais complicações relacionadas aos estomas surgem da inadequada localização do mesmo, estando também associadas a outros fatores de ordem mais geral, inerentes ao paciente, por exemplo, idade avançada, fragilidade da musculatura abdominal, aumento de peso corporal no pós-operatório. E outras, inerentes ao estoma e pele ao redor deste incluem necrose isquêmica, retração, prolapso e estenose do estoma, fístula, hérnia, abscesso e dermatite periestomal (FERRAZ; MEIRELLES, 2001, MENDONÇA *et al.* 2007, SANTOS *et al.* 2007).

### **Assistência de enfermagem peri operatório ao portador de estoma**

A assistência de enfermagem ao estomizado deve possibilitar além da recuperação fisiológica, a retomada das atividades cotidianas com a qualidade de vida, ou seja, o alcance da reabilitação.

O período pré- operatório inclui a abordagem sobre conhecimento do indivíduo acerca do diagnóstico e suas perspectivas; investigação dos antecedentes familiares e antecedentes alérgicos, hábitos e alterações de eliminação intestinal; utilização de medicamentos prévios; vida diária e possibilidade de atividades sociais e de trabalho. Além disso, outros aspectos do ensino pré- operatório, autocuidado, estado emocional, padrão sócio-cultural, estado nutricional, habilidades psicomotoras, topografia da parede abdominal, aspecto da região perineal e demarcação do estoma, também são importantes (MENDONÇA *et al.* 2007).

Para Meirelles e Ferraz (2001) a demarcação significa demarcar o estoma na parede abdominal, delimitando uma região ideal, 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. O procedimento de demarcação consta dos seguintes passos (MENDONÇA *et al.*, 2007; CESARETTI, 1998):

- ❖ Verificar o tipo de estoma a ser realizado: este fator possibilita saber o segmento do intestino a ser exteriorizado para determinar o quadrante abdominal onde será realizado o estoma;
- ❖ Posicionar o paciente, confortavelmente, em decúbito dorsal, com a cabeça apoiada em travesseiro e braços ao longo do corpo, expondo seu tronco desde a linha infra-mamária até a sínfise púbica;
- ❖ Avaliar a superfície abdominal e dividi-la em quadrantes;
- ❖ Verificar com o paciente a linha da cintura, assinalando-a;
- ❖ Localizar a lateral do músculo reto abdominal, marcando-a com uma linha vertical;
- ❖ Delimitar o possível local da incisão cirúrgica, assinalando-o com uma linha vertical;
- ❖ Medir a distância mínima de 05 centímetros do local assinalado para o estoma em relação a estes pontos e aos demais pontos críticos a serem evitados (crista ilíaca ou rebordo costal, pregas e dobras cutâneas, cicatriz umbilical e outras);
- ❖ Marcar claramente o local com caneta dermatográfica;
- ❖ Quando em dúvida marcar duas localizações;
- ❖ Solicitar ao paciente que se sente, levante e deite para observar o local demarcado nas diferentes posições;
- ❖ Verificar a margem de fixação dos dispositivos que deve ter uma área de 4 cm<sup>2</sup> a 5 cm<sup>2</sup> em relação ao local demarcado;
- ❖ Quando necessários dois estomas (urostomia e colostomia, ou ileostomia), estes não devem estar localizados no mesmo nível, devido ao possível uso da cinta;

- ❖ Atentar para atividades no trabalho, lazer e prática de esportes;
- ❖ Na ileostomia em alça ou terminal, o estoma deve ser localizado no quadrante inferior direito;
- ❖ Na colostomia de cólon descendente ou sigmóide, o estoma deve ser localizado no quadrante inferior esquerdo.

Com o objetivo de minimizar a contaminação bacteriana para o procedimento cirúrgico a ser realizado é feito o preparo colônico, que se caracteriza por um conjunto de medidas para a remoção das fezes (preparo mecânico) e a supressão de bactérias (profilaxia ou terapia antibacteriana). Na realização deste procedimento as medidas mais comumente utilizadas são o método convencional (enteroclisma, laxantes e dieta) e a utilização de manitol a 10% ou de polietilenoglicol. Estas soluções promovem um gradiente osmótico, pois não são absorvidas pelo trato gastrointestinal, fazendo com que a água seja seqüestrada para a luz das alças acelerando o trânsito intestinal. Também pode ser utilizada a solução oral de fosfato de sódio. Ressalta-se que o preparo colônico é contra indicado em idosos, desnutridos e naqueles pacientes com suspeita de obstrução intestinal (CESARETTI *et al*, 2005).

Para Santos (2000) a fase trans- operatória deve ser caracterizada pela confecção de um estoma tecnicamente adequado, onde não só participa o cirurgião, com sua competência específica, mas, indiretamente, o enfermeiro e o paciente, através da demarcação da localização do estoma, feita no período anterior. Cesaretti *et al* (2005) cita que nesta etapa o planejamento de enfermagem específico para este paciente envolve visita do enfermeiro do centro cirúrgico, padronização do equipamento a ser utilizado no pós- operatório imediato, que facilite a avaliação do estoma (bolsa coletora peça única, transparente e drenável), verificação e avaliação do estoma confeccionado em relação à demarcação prévia e do estado geral do paciente antes do encaminhamento ao serviço de recuperação pós- anestésica, além dos cuidados básicos desenvolvidos no Centro Cirúrgico pela equipe de enfermagem.

No pós- operatório é necessário observar e avaliar condições do estoma (localização, coloração, protusão e complicações); controlar qualitativamente e quantitativamente o efluente do estoma; avaliar adaptação do sistema coletor; realizar a primeira troca do sistema coletor (48 a 72 horas após a cirurgia); ensinar ações específicas do autocuidado (troca e esvaziamento do dispositivo); retomar o ensino pré- operatório e planejar a alta hospitalar; estimular o retorno gradual às atividades da vida diária; desenvolver trabalho interdisciplinar com nutricionista, psicólogo, equipe médica e fisioterapeuta; avaliar o aprendizado pelo paciente e familiar; fornecer equipamentos e encaminhar aos recursos da comunidade,

Programa dos Ostromizados mantido pelo Sistema Único de Saúde (CESARETTI *et al*, 2005, SANTOS, 2000).

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1. Referencial teórico

Para o desenvolvimento desse estudo utilizou-se como referencial teórico a prática baseada em evidências e para a avaliação dos níveis de evidência amparado no grau de qualidade e grau de recomendação foi adotada a classificação proposta por Stetler *et al.*(1998).

O conhecimento está em pleno estado de desenvolvimento e aprimoramento na sociedade moderna, e isso implica a possibilidade de encontrarmos, na prática, atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos. Nas profissões da área da saúde, o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisas já se tornou uma prática impossível quando o profissional não prioriza uma determinada especialidade e, mesmo assim, a tarefa continua sendo difícil, uma vez que deverá planejar seu tempo para, periodicamente, proceder à seleção, leitura e análise dos estudos publicados na área de escolha (DOMENICO; IDE, 2003).

Nesse contexto de urgente adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, surgiu, inicialmente, no campo da medicina, e, posteriormente, na enfermagem, a prática baseada em evidências (GALVÃO; SAWADA, 2003).

Por definição, a prática baseada em evidências (PBE) compreende uma abordagem que utiliza os resultados de pesquisa, o consenso entre especialistas conhecidos e a experiência clínica confirmada como bases para a prática ao invés de experiências isoladas e não sistemáticas, rituais e opiniões sem fundamentação (STETLER *et al.*, 1998).

O conceito de PBE teve início no Canadá na área de medicina, como uma abordagem para resolução de problemas no ensino clínico e logo após foi incorporada pelo Sistema Nacional do Reino Unido. Nos estados Unidos, o conceito foi utilizado por agências governamentais para criar diretrizes e nortear políticas de assistência em diversas áreas, para fornecer direcionamento aos profissionais sobre uma variedade de condições crônicas e

agudas prevalentes no país. A revolução da informática com o desenvolvimento da *Word Wide Web* permitiu a construção de Centros de Disseminação de Evidências em diferentes países nas últimas décadas, visando a globalização do conhecimento com diminuição das diferenças observadas na assistência. O projeto *Cochrane Library* envolve pesquisadores de todo o mundo inclusive do Brasil e disponibiliza através da Internet, revisões da literatura para a fundamentação da prática clínica (CALIRI; MARZIALE, 2000).

No Brasil, essa metodologia teve início na década de 80, nas Universidades dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, sendo ainda incipiente na enfermagem brasileira (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

A implementação da Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) contribuiu para a mudança da prática baseada em tradição, rituais e tarefas para uma prática reflexiva, baseada em conhecimento científico promovendo a melhoria na qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares (YAÑEZ; KLIJN, 2007).

Os elementos da Prática Baseada em Evidências (PBE) são constituídos pelas técnicas de tomada de decisão, pelo acesso às informações científicas e pela análise da validade dessas informações, principalmente averiguando os graus de eficiência e efetividade que possuem (DOMENICO; IDE, 2003).

Operacionalmente, a PBE consiste em um processo dividido em cinco etapas. Primeiramente, a necessidade de cuidado observada no paciente, num grupo de pacientes ou mesmo na organização do serviço, deve ser convertida em pergunta; a segunda etapa consiste na investigação bibliográfica em busca da melhor evidência relacionada à pergunta. A seguir, as evidências encontradas são avaliadas em termos de validade e confiabilidade metodológica, além da sua aplicabilidade clínica. A quarta etapa compreende a aplicação, na prática clínica, dos achados escolhidos mediante a análise crítica da literatura investigada. E finalmente, a quinta etapa consiste na avaliação dos resultados (DOMENICO; IDE, 2003).

É essencial para a implantação da enfermagem baseada em evidências a utilização de resultados de pesquisas na prática assistencial; entretanto, esse é um processo difícil e desafiador, pois envolve a disseminação e a aplicação do novo conhecimento científico à prática, bem como a avaliação deste conhecimento pela equipe de saúde, paciente e familiares, incluindo a relação custo/benefício (GALVÃO; SAWADA, 2003).

Ao buscar instrumentos científicos para qualificar sua assistência o enfermeiro deve ter em mente a classificação dos níveis de evidência, pelo grau de qualidade e grau de

recomendação. Estudos com melhores níveis de evidência possuem maior validade e confiabilidade (BORK, 2005).

A classificação dos níveis de evidência pode ser visto no QUADRO 3:

### QUADRO 3

Força de evidência de estudos e de outras fontes. Belo Horizonte, 2010

| Nível e qualidade de evidência | Fontes de evidência  |
|--------------------------------|--|
| Nível I                        | Metanálise de Múltiplos estudos controlados  |
| Nível II                       | Estudo experimental individual   |
| Nível III                      | Estudo quase-experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós- teste, ou estudos emparelhados tipo caso controle.  |
| Nível IV                       | Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.  |
| Nível V                        | Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.  |
| Nível VI                       | Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseados em sua experiência clínica ou a opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações de informações não baseada em pesquisa. Este nível também inclui opiniões de órgãos de regulamentação ou legais. |

Fonte: STETLER *et al.* Utilization- focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v. 11, n. 4, p. 195- 2006, Nov. 1998.

Segundo YAÑEZ e KLIJN (2007) a aplicação da EBE permite o desenvolvimento da investigação, convertendo-as as dúvidas levantadas, em problemas clínicos, que por sua vez, estimulam a capacidade de uma leitura crítica em busca da resolução desses achados relatados.

A Enfermagem baseada em evidência vem crescendo bastante nos últimos anos, mas ainda encontra inúmeras barreiras para sua utilização. YAÑEZ e KLIJN (2007) citou essas

barreiras, por ordem de prioridades, na implementação da prática baseada em evidência enfrentada pela enfermagem: tempo insuficiente para implementação de novas idéias, tempo insuficiente para se informarem quanto a novas investigações, falta de organização das instituições para aplicar as novas evidências, dificuldades de interpretar dados estatísticos, sensação de isolamento com os colegas de trabalho para discussão de resultados e falta de colaboração por parte dos médicos.

## **4.2 Referencial Metodológico**

A pesquisa adotou como referencial metodológico a revisão integrativa, visto que ela permite sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. Para a adoção da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado. Dentre esses métodos destacam a revisão sistemática e a revisão integrativa.

A revisão sistemática é um método de síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados controlados, retratando evidências fortes; entretanto, esse nível de exigência na enfermagem é restrito. Outro aspecto fundamental é que esse método busca a exaustão dos estudos do tema investigado com a inclusão de material publicado e material não publicado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa de pesquisa ou também denominada pesquisa integrativa, é um método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado tema em questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento do tema em questão (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

A síntese do conhecimento, dos estudos incluídos na revisão, reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre o fenômeno a partir das informações disponíveis limitadas e facilita a tomada de decisões com relação as intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa, dentro dos métodos de revisão, é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Este método também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica. Assim, o revisor pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, ou seja, ela pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular. Embora a inclusão de múltiplos estudos com diferentes delineamentos de pesquisa possa complicar a análise, uma maior variedade no processo de amostragem tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

### **Método e etapas**

Para elaborar uma revisão integrativa relevante que pode subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas. De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) esta elaboração encontra-se bem definido na literatura; entretanto diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão.

Para a operacionalização metodológica da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas apresentados a seguir, conforme Mendes; Silveira e Galvão (2008):

### **PRIMEIRA ETAPA: Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa**

A fase mais importante da revisão é a definição da pergunta, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esse estudo procurou responder as seguintes perguntas:

- ❖ **Pergunta 1:** Quais são os diagnósticos de enfermagem prevalentes para pacientes portadores de estomas de eliminação intestinal?
- ❖ **Pergunta 2:** Quais as recomendações de enfermagem para pacientes portadores de estoma de eliminação referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor?

Para o desenvolvimento desse estudo foram utilizados os descritores no idioma português, espanhol e inglês, conforme a base de dados pesquisada: ileostomia, colostomia, estoma cirúrgico, diagnósticos de enfermagem, processos de enfermagem, planejamento de assistência ao paciente, avaliação em enfermagem, cuidados básicos de enfermagem, prática de enfermagem avançada, enfermagem em reabilitação, enfermagem perioperatória, cuidados de enfermagem e enfermagem baseada em evidências. Foi utilizado também o termo estoma intestinal.

### **SEGUNDA ETAPA: Busca ou amostragem na literatura**

Esta etapa está intimamente relacionada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem. Após a escolha do tema e a formulação da questão de pesquisa, inicia-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão com estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os critérios de inclusão dos artigos deste estudo foram:

- ❖ Estudos primários realizados com humanos;
- ❖ Estudos com amostra constituída por pessoas com estoma de eliminação intestinal cujo resultado fosse a identificação de diagnóstico de enfermagem preconizado pela NANDA com enfoque nos aspectos psicológico, espiritual, social e biológico ou identificação de alguma conduta visando a prevenção de complicação no estoma e pele ao redor, ou a predisposição destas;

- ❖ Estudos com os delineamentos: randomizado controlado, controlado não randomizado, caso- controle, descritivo ou estudo de caso;
- ❖ Estudos publicados em inglês, português e espanhol no período de 2000 a 2010;
- ❖ Artigos disponíveis *on line* ou por meio do Serviço de Comutação (COMUT) da Biblioteca José Baeta Vianna Campus Saúde ó UFMG. Esse critério foi adotado em decorrência dos limites de tempo e recursos financeiros para a realização desta pesquisa.

A busca foi realizada no período de julho a novembro de 2010 por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Essas bases foram eleitas por apresentarem um maior número de publicações na área de saúde.

Para cada base de dados utilizou-se duas estratégias de busca para identificar artigos referentes ao tema da pergunta 1 e ao tema da pergunta 2, conforme apresentadas nos QUADROS 4 e 5.

#### QUADRO 4

Identificação de artigos para responder a pergunta 1. Belo Horizonte, 2010

| Pergunta a ser respondida  | Base de dados | Estratégia de busca   | Número de artigos identificados |
|--|---------------|---|---------------------------------|
| Quais são os diagnósticos de enfermagem prevalentes para pacientes portadores de estomas de eliminação intestinal? | LILACS        | ( ( "ILEOSTOMIA" ) or "COLOSTOMIA" ) or "estoma cirurgico" [Descritor de assunto] and ( "DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM" ) or "PROCESSOS DE ENFERMAGEM" [Descritor de assunto] | 2                               |
|  | MEDLINE       |   | 2                               |
|  | SCIELO        | (COLOSTOMIA) or ILEOSTOMIA or ESTOMA INTESTINAL [Palavras Chave]  | 39                              |
| <b>TOTAL</b>   |               |   | <b>43</b>                       |

## QUADRO 5

Identificação de artigos para responder a pergunta 2. Belo Horizonte, 2010

| Pergunta a ser respondida   | Base de dados | Estratégia de busca   | Número de artigos identificados |
|---|---------------|---|---------------------------------|
| Quais as recomendações de enfermagem para pacientes portadores de estoma de eliminação referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor? | MEDLINE       | ( ( "ileostomia" ) or "colostomia" ) or "estoma cirurgico" [Descritor de assunto] and ( ( ( ( ( "planejamento de assistencia ao paciente" ) or "avaliacao em enfermagem" ) or "cuidados basicos de enfermagem" ) or "pratica de enfermagem avancada" ) or "enfermagem baseada em evidencias" ) or "enfermagem em reabilitacao" [Descritor de assunto] | 70                              |
|   | LILACS        | ( ( "COLOSTOMIA" ) or "ILEOSTOMIA" ) or "estoma cirurgico" [Descritor de assunto] and ( ( ( ( ( "PLANEJAMENTO DE ASSISTENCIA AO PACIENTE" ) or "enfermagem em reabilitacao" ) or "ENFERMAGEM PERIOPERATORIA" ) or "CUIDADOS DE ENFERMAGEM" ) or "cuidados basicos de enfermagem" ) or "avaliacao em enfermagem" [Descritor de assunto]                | 17                              |
|   | SCIELO        | (ILEOSTOMIA ) or COLOSTOMIA or ESTOMA INTESTINAL [Palavras Chave]   | 39                              |
| <b>TOTAL</b>  |               |   | 126                             |

Os estudos identificados em duplicata nas bases de dados com as diversas estratégias ou encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez. Nesta fase constatou-se que 42 artigos repetiam na própria base de dados ou em outras bases de dados, visto que, foi utilizado os mesmos descritores na base de dados SCIELO para a pergunta 1 e 2, o qual foram encontrados 39 artigos, e a repetição de 3 artigos que responderam as perguntas 1 e 2, permanecendo 127 artigos que fizeram parte da população. Esses artigos foram submetidos à análise dos títulos, resumos ou ambos para identificar aqueles que respondessem a uma das perguntas. Esse processo resultou no descarte de 94 artigos e na seleção de 4 que responderam a primeira pergunta e 29 a segunda pergunta. Do total de 33 artigos selecionados, foram obtidos 30 artigos, sendo que 04 responderam a primeira pergunta e 26 a segunda.

Todos os artigos obtidos foram submetidos à leitura na íntegra que resultou no descarte de 24 artigos que não atenderam os critérios de inclusão, portanto, a amostra total foi constituída por 06 artigos sendo 03 referentes a primeira pergunta e 03 a segunda.

Para facilitar a apresentação e discussão da amostra os estudos selecionados foram codificados e ordenados por ano de publicação. Os números referentes aos artigos da pergunta 1 foram 1, 2 e 3; e aos da pergunta 2 foram 4, 5 e 6.

### **TERCEIRA FASE: Categorização dos estudos**

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chaves (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a coleta de dados neste estudo foi elaborado um instrumento com o objetivo de facilitar esse processo (APÊNDICE). O instrumento contém questões relativas a todas as variáveis relacionadas ao estudo que foram organizadas em três grupos referentes ao artigo, autor principal e ao estudo.

1. Artigo: título, base de dados, idioma de publicação do artigo, ano de publicação.
2. Autor principal: profissão, qualificação.
3. Estudo: delineamento; diagnósticos de enfermagem, recomendações preventivas

### **QUARTA ETAPA: Análise crítica dos estudos incluídos**

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Os dados desse estudo foram agrupados e classificados segundo o conteúdo e posteriormente analisados e apresentados de forma descritiva, uma vez que os estudos obtidos apresentavam diferentes delineamentos, metodologias e desfechos analisados.

### **QUINTA ETAPA: Discussão dos resultados**

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, os dados evidenciados na análise dos artigos foram comparados ao referencial teórico.

### **SEXTA ETAPA: Apresentação da revisão integrativa**

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nesse estudo, a quarta, quinta e sexta etapa foram detalhadas nos itens 5 e 6 que correspondem a resultado e discussão, respectivamente.

## **5. RESULTADO**

Para facilitar a compreensão, os resultados obtidos nesse estudo foram organizados e apresentados em duas partes com o intuito de responder separadamente as duas questões pré-estabelecidas.

### **5.1. Resultado referentes à pergunta 1 - Quais são os diagnósticos de enfermagem prevalentes para pacientes portadores de estomas de eliminação intestinal?**

Para responder a referente pergunta contou-se com três estudos. As variáveis referentes ao artigo e autor principal estão apresentadas no QUADRO 6.

## QUADRO 6

Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa que responderam a pergunta 1.

Belo Horizonte, 2010

| Código do estudo | Variáveis referentes ao artigo  |               |                      |                   | Variáveis referentes ao autor principal |  |
|------------------|---|---------------|----------------------|-------------------|---|--|
|                  | Título  | Base de dados | Idioma de publicação | Ano de publicação | Profissão                               | Qualificação   |
| 1                | Self-care for stoma surgery: Mastering independent stoma self-care skills in an elderly woman | MEDLINE       | Inglês               | 2005              | Enfermeira                              | Mestrado<br>Especialização                                     |
| 2                | Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem              | SCIELO        | Português            | 2008              | Enfermeira                              | Especialização em Estomaterapia<br>Mestrado                    |
| 3                | Cuidando e promovendo a adaptação do cliente com estoma na perspectiva da concepção de Roy    | LILACS        | Português            | 2008              | Enfermeira                              | Especialização em enfermagem oncológica e em educação em saúde |

Os estudos obtidos estavam indexados na base de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, sendo um em cada. Dois artigos foram obtidos em periódicos de circulação nacional, ambos publicados no ano 2008 e um em periódico internacional publicado no ano de 2005. O estudo 1 foi encontrado na *Nursing Science Quarterly*. Os estudos 2 e 3 foram publicados na Acta Paulista de Enfermagem e na Nursing edição brasileira, respectivamente.

Duas publicações tinham quatro autores e uma, um autor. Nos três estudos o autor principal era enfermeiro, sendo que um identificou-se ser Estomaterapeuta e Mestre, o outro especialista em oncologia e em educação em saúde e o terceiro possuir mestrado e *Master of Business Administration* (MBA).

Quanto ao delineamento os três estudos selecionados eram estudo de caso, nível de evidência IV, Stetler *et al.*(1998), e os itens analisados estão apresentados no QUADRO 7.

### QUADRO 7

Itens referentes aos estudos analisados que responderam a pergunta 1. Belo Horizonte, 2010

| Código do estudo | Delineamento   | Objetivo  | Amostra    |   |
|------------------|----------------|---|------------|---|
|                  |                |   | Tamanho    | Características   |
| 1                | Estudo de caso | Fornecer a descrição da teoria de Orem e sua aplicação para uma mulher idosa ileostomizada.   | 1 paciente | Paciente idosa (85 anos), sexo feminino, portadora de ileostomia definitivo, decorrente de câncer de reto.  |
| 2                | Estudo de caso | Aplicar a teoria do autocuidado de Orem na assistência a paciente portadora de estoma.  | 1 paciente | Paciente jovem (21 anos), sexo feminino, portadora de colostomia temporária, secundária a doença de Chagas. |
| 3                | Estudo de caso | Identificar os estímulos e comportamento da cliente após a confecção do estoma; elaborar intervenções baseadas no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e avaliar a cliente após as intervenções estabelecidas, na perspectiva da concepção de Roy. | 1 paciente | Paciente de 45 anos, sexo feminino, portadora de colostomia definitiva, secundária a câncer de reto.        |

Todos os estudos foram desenvolvidos com um paciente cada do sexo feminino, nas faixas etárias de jovem, adulto e idoso. A idade variou de 21 a 85 anos. Os estomas eram de eliminação intestinal, sendo duas colostomias e uma ileostomia. Quanto ao tempo de permanência do estoma, um foi classificado em temporário e dois definitivos. O estudo 2 foi decorrente da doença de Chagas e os estudos 1 e 3 por câncer de reto.

O principal objetivo descrito nos estudos era aplicar o processo de enfermagem baseado em um referencial teórico, dois utilizaram a teoria de Orem e um a teoria de Roy. Para o desenvolvimento desse processo os autores identificaram os diagnósticos de enfermagem, estabeleceram intervenções e avaliaram os resultados obtidos. Todos os diagnósticos utilizados pelos autores e as conclusões referentes aos estudos analisados estão

descritos no QUADRO 8. Os diagnósticos de enfermagem identificados nos estudos foram agrupados e separados conforme aspecto psicológico, espiritual, social e biológico.

### QUADRO 8

Diagnósticos de enfermagem identificados e conclusão dos autores. Belo Horizonte, 2010

| Código do estudo | Diagnósticos de Enfermagem identificados   |            |  |  | Conclusão dos autores  |
|------------------|--|------------|--|--|--|
|                  | Psicológico  | Espiritual | Social   | Biológico  |  |
| 1                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Distúrbio na imagem corporal</li> <li>Ansiedade</li> </ul>  | -          | -  | -  | A teoria de Orem possibilitou o desenvolvimento de um plano efetivo de autocuidado para uma mulher idosa ileostomizada.  |
| 2                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Distúrbio na imagem corporal</li> <li>Controle eficaz do regime terapêutico</li> <li>Conhecimento deficiente</li> </ul>               | -          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Interação social prejudicada</li> </ul>                                 | -  | A teoria do autocuidado possibilitou o cuidado e a comunicação terapêutica adequando-se à situação da paciente.  |
| 3                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Imagem corporal perturbada</li> <li>Baixa auto-estima situacional</li> <li>Desesperança</li> <li>Padrão de sono perturbado</li> </ul> | -          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Processos familiares interrompido</li> <li>Isolamento social</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Integridade da pele prejudicada</li> <li>Intolerância à atividade</li> <li>Déficit no auto-cuidado</li> </ul> | A assistência de enfermagem sistematizada favorece a identificação de problemas e a sua resolução, o que contribui para a melhora da qualidade de vida da pessoa estomizada. |

O número de diagnósticos de enfermagem apresentados pelos autores variou de dois à nove, perfazendo um total de 13 diagnósticos distintos. Destaca-se que o diagnóstico de enfermagem Distúrbio na imagem corporal foi comum aos três estudos. O autor do estudo 1 afirmou que foram elencados os diagnósticos prioritários identificados no paciente em questão.

Observou-se um maior número de diagnósticos de enfermagem com aspecto psicológico, um total de sete, sendo que o estudo 1 abordou somente diagnósticos com este enfoque. Os diagnósticos de enfermagem com aspecto espiritual não foram abordados em nos estudos. Foram encontrados três diagnósticos de enfermagem com aspecto social, dois no

estudo 3 e um no estudo 2. O estudo 2 não apresentou diagnóstico de enfermagem com aspecto biológico. Os três diagnósticos de enfermagem com aspecto biológico foram encontrados no estudo 3.

O diagnóstico de enfermagem Distúrbio na imagem corporal é definido como ãconfusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa (NANDA, 2010, p. 219). O estudo 3 utilizou o título diagnóstico imagem corporal perturbada, presente na publicação da NANDA 2002. Esse diagnóstico, em publicação posterior, foi substituído por distúrbio na imagem corporal. Os fatores relacionados nos estudos para este diagnóstico foram o tratamento da doença e a presença de estoma. As características definidoras foram sentimentos negativos em relação ao corpo como não olhar para o estoma.

O estudo 1 citou dois diagnósticos de enfermagem com aspecto psicológico: Distúrbio na imagem corporal e Ansiedade, este último definido na NANDA (2010, p. 264) como ãvago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. Os fatores relacionados nesse estudo foram o pós-operatório e alterações de saúde. As características definidoras não foram mencionadas.

O estudo 2 citou três diagnósticos de enfermagem de aspecto psicológico e um social. O primeiro diagnóstico de aspecto psicológico foi Controle eficaz do regime terapêutico, definido como ãpadrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde (NANDA, 2010, p. 424). O referido diagnóstico foi retirado da Taxonomia da Nanda-I 2009 ó 2011 e será considerado um diagnóstico novo, caso sejam desenvolvidos estudos para ampará-lo. O segundo diagnóstico de aspecto psicológico foi Conhecimento deficiente, definido como ãAusência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico (NANDA, 2010). Os autores do estudo 2 citaram como fator relacionado a falta de familiaridade com os recursos de informação e características definidoras a verbalização do problema. O terceiro diagnóstico de enfermagem utilizado foi Distúrbio na imagem corporal.

O diagnóstico de enfermagem com aspecto social identificado no estudo 2 foi Interação social prejudicada definido como ãquantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social (NANDA, 2010, p. 241), sendo o fator relacionado à ausência de pessoas significativas e característica definidora a interação social disfuncional.

O estudo 3 identificou um maior número de diagnósticos de enfermagem, sendo quatro com aspecto psicológico, dois social e três biológico. Dentre os diagnósticos de

aspecto psicológico citados pelos autores do estudo foi Baixa auto-estima situacional, definido como o desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (NANDA, 2010, p. 217). O fator relacionado foi a imagem corporal perturbada e as características definidoras as verbalizações auto-negativas e os sentimentos de inutilidade. Na prática clínica esse diagnóstico é identificado com frequência nos pacientes estomizados. Outro diagnóstico de enfermagem com aspecto psicológico identificado foi Desesperança, definido como o estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor (NANDA, 2010, p. 206). Os autores do estudo citaram como fator relacionado a restrição de atividade criando isolamento social e característica definidora falta de iniciativa e de envolvimento no autocuidado. Outro diagnóstico de enfermagem com aspecto psicológico citado no mesmo estudo foi Padrão do sono perturbado intitulado na NANDA (2010) como Padrão de sono prejudicado definido como as interrupções da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos (NANDA, 2010). Os fatores relacionados elencados pelos autores foram fatores psicológicos e ambientais (depressão, solidão, tristeza, barulho e iluminação). As características definidoras foram queixas verbais de dificuldades para adormecer.

O Isolamento social e o Processos familiares interrompidos foram os dois diagnósticos de enfermagem com aspecto social identificados no estudo 3, sendo definidos na NANDA como a solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador (NANDA, 2010, p. 378) e a mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família (NANDA, 2010, p. 236), respectivamente. Os fatores relacionados utilizados no estudo para o diagnóstico isolamento social foram as alterações na aparência física e estado de bem estar alterado e as características definidoras o fato da paciente procurar ficar sozinha, retraída e por não se comunicar. Já os fatores relacionados para o diagnóstico processos familiares interrompidos foram a alteração do estado de saúde de um membro da família e caracterizado por mudanças na participação na tomada de decisões.

Três diagnósticos de enfermagem do estudo 3 foram de aspecto biológico. Um desses foi Integridade da pele prejudicada, cujo título é definido como a epiderme e/ou derme alterados (NANDA, 2010, p. 333). Os autores do estudo estabeleceram como característica a destruição da camada da pele. O fator relacionado foi fatores mecânicos (adesivos que arrancam os pêlos). O segundo diagnóstico citado nesse estudo foi Intolerância a atividade, o qual estava relacionado à imobilidade e fraqueza generalizada e tinha por características definidoras o relato verbal de fadiga, definido na NANDA (2010, p.159) como a energia

fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou complementar as atividades diárias requeridas ou desejadas. Relacionado à este diagnóstico o estudo identificou o diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado colocando como fator relacionado à fraqueza muscular e como características definidoras a incapacidade do paciente de lavar o corpo.

A NANDA (2010) não tem o título Déficit no autocuidado e sim, Déficit no autocuidado para alimentação, Déficit no autocuidado para banho, Déficit no autocuidado para higiene íntima e Déficit no autocuidado para vestir-se. Conforme a característica definidora utilizada no estudo 2, o diagnóstico de enfermagem que melhor adaptaria a esta situação seria o Déficit no autocuidado para banho definido como incapacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo (NANDA, 2010, p. 176).

Os autores de todos os estudos concluíram que a aplicação do processo de enfermagem baseado em uma teoria de enfermagem, ou seja, a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem contribui para a melhoria da qualidade de vida do estomizado, visto que, possibilita o desenvolvimento de um plano efetivo de intervenções de enfermagem que se ampara nos diagnósticos de enfermagem identificados.

**5.2. Resultado referentes à pergunta 2** - Quais as recomendações de enfermagem para pacientes portadores de estoma de eliminação referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor?

Para responder a referente pergunta contou-se com três estudos, codificados em estudo 4, estudo 5 e estudo 6. As variáveis referentes ao artigo e autor principal estão apresentadas no QUADRO 9.

## QUADRO 9

Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa que responderam a pergunta 2.

Belo Horizonte, 2010

| Código do estudo | Variáveis referentes ao artigo   |               |                      |                   | Variáveis referentes ao autor principal |                               |
|------------------|--|---------------|----------------------|-------------------|---|-------------------------------|
|                  | Título   | Base de dados | Idioma de publicação | Ano de publicação | Profissão                               | Qualificação                  |
| 4                | Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados | SCIELO        | Português            | 2001              | Enfermeiro                              | Especialista em Estomaterapia |
| 5                | Portador de estoma gastrointestinal: o perfil de uma clientela   | LILACS        | Português            | 2002              | Enfermeiro                              | Mestrado                      |
| 6                | Estudo descritivo das complicações periestomais  | MEDLINE       | Inglês               | 2005              | Enfermeiro                              | Doutorado                     |

Os estudos obtidos estavam indexados na base de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, sendo um em cada. Dois artigos foram obtidos em periódicos de circulação nacional, publicados no ano de 2001 e 2002 e um em periódico internacional, publicado no ano de 2005. O estudo 4 e estudo 5 foram encontrados na Revista Latino Americana de Enfermagem e na *Nursing*, respectivamente e o estudo 6 foi publicado no J. WOCN.

Duas publicações tinham dois autores e uma três autores. Nos três estudos o autor principal era enfermeiro, sendo que um identificou-se como especialista em Estomaterapia, outro mestre e terceiro como doutor.

Quanto ao delineamento, os três estudos selecionados eram descritivos, sendo dois retrospectivos e um prospectivo, com nível de evidência IV, segundo Stetler *et al.* (1998). Os dados analisados estão apresentados no QUADRO 10.

## QUADRO 10

Delineamento e objetivo dos estudos incluídos na revisão integrativa que responderam a pergunta 2. Belo Horizonte, 2010

| Código do estudo | Delineamento                    | Objetivo  | Amostra       |  |
|------------------|---------------------------------|---|---------------|--|
|                  |                                 |   | Tamanho       | Características  |
| 4                | Estudo descritivo retrospectivo | - Avaliar o resultado do processo de demarcação do estoma intestinal com análise das complicações tardias.  | 50 pacientes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Portadores de ileostomia (24%) e colostomia (76%);</li> <li>- Tempo de permanência 32% estomas de caráter temporário e 68% definitivo;</li> <li>- A idade variou de 18 a 93 anos (64% do sexo feminino e 36% masculino);</li> <li>- Tempo de convivência com o estoma após a cirurgia variou de 1 a 63 meses, com média de 16,1 meses.</li> </ul> |
| 5                | Estudo descritivo retrospectivo | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar o grupo de portadores de estoma atendido pelo setor de Estomaterapia</li> <li>- Identificar as orientações fornecidas no pré-operatório e o grau de percepção das mesmas pelos clientes.</li> </ul> | 20 pacientes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% portadores de estomas de eliminação (ileostomia 13%, colostomia 61%, urostomia 13% e esofagostomia 13%) e 20% alimentação;</li> <li>- Tempo de permanência: 80% estomas de caráter temporário;</li> <li>- 55% sexo feminino e 45% masculino.</li> </ul>   |
| 6                | Estudo descritivo prospectivo   | - Prevalência complicações periestomal em pacientes com estoma fecal e urinário 2 meses após o procedimento cirúrgico.  | 220 pacientes | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Portadores de ileostomia (34%), colostomia (35%) e conduto ileal (19%);</li> <li>- 60% sexo feminino e 40% masculino;</li> <li>- Tempo de convivência com o estoma após a cirurgia: 2 meses.</li> </ul>   |

Os três estudos identificados foram desenvolvidos com pacientes portadores de estomas, cuja amostra variou de 20 a 220 indivíduos. O estudo 4 foi realizado somente com pacientes com ileostomia ou colostomia. O estudo 5 incluiu pacientes com estomas de alimentação e outros tipos de estoma de eliminação, como urostomia e esofagostomia. A amostra do estudo 6 contou com pacientes ileostomizados, colostomizados e também os com

conduto ileal. Dentre os estudos desenvolvidos a maior parte era constituída de pacientes portadores de colostomia.

O sexo predominante foi o feminino e o tempo de convivência com o estoma após a cirurgia variou de 1 a 63 meses, sendo que o estudo 6 incluiu somente pacientes com 2 meses de confecção de estoma e o estudo 5 não mencionou esse dado e sim, que a maior parte de sua amostra possuía estoma de caráter temporário. Esses dados foram diferentes no estudo 4 que contou com a maioria de pacientes portadores de estoma definitivo.

O estudo 4 foi realizado com pacientes cadastrados no Programa de Educação e Apoio ao Estomizado do Município de Ribeirão Preto ó SP. A população foi constituída por 177 indivíduos adultos e portadores de ileostomia ou colostomia. Desses, 127 não foram incluídos na pesquisa por motivos diversos como: dificuldade com transporte, falta de auxílio financeiro, idade avançada e agravo à saúde, reconstrução do trânsito intestinal, óbitos entre outros, resultando em uma amostra de 50 (28%) indivíduos.

O estudo 5 foi desenvolvido com pacientes atendidos no setor de Estomaterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e o estudo 6 foi realizado em um Hospital Universitário em *Charlottesville*, Virgínia, Estados Unidos da América.

Os objetivos dos estudos foram diversos, sendo que os estudos 4 e 6 analisaram as complicações no estoma e pele ao redor. O primeiro estudo propôs avaliar o processo de demarcação amparado nas complicações tardias e o segundo foi avaliar a prevalência de complicações periestomal em pacientes com pouco tempo de confecção de estoma (2 meses). Os objetivos do estudo 5 foram caracterizar o grupo de portadores de estoma e identificar as orientações fornecidas no pré-operatório e o grau de percepção das mesmas pelos clientes.

As condutas identificadas, resultados obtidos e as recomendações extraídas por meio da análise dos estudos estão apresentados no QUADRO 11.

## QUADRO 11

Conduas identificadas, resultados obtidos e recomendações. Belo Horizonte, 2010

| Código do estudo | Conduas identificadas   | Resultados obtidos  | Recomendações   |
|------------------|---|---|---|
| 4                | Processo de demarcação do estoma  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em relação a localização do estoma 12% não demonstraram as especificações científicas indicadas para a distância da linha da cintura, 2% para a crista ilíaca e 2% para a cicatriz cirúrgica;</li> <li>- 98% foi possível realizar a palpação do músculo reto-abdominal dos quais 47% encontra-se com o estoma inserido no músculo referido;</li> <li>- 4% dos pacientes apresentaram hiperemia, 12% prolapso de estoma, 24% hérnia periestomal e 4% hérnia periestomal e prolapso;</li> <li>- 56% dos pacientes não apresentaram complicações tardias.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizar corretamente o estoma obedecendo as especificações científicas em relação aos acidentes anatômicos.</li> </ul>   |
| 5                | Orientação no pré-operatório sobre: manuseio, tipo de dispositivo; higienização, cuidados com a pele e estoma; alimentação.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 55% pacientes ou acompanhantes foram orientadas no pré-operatório;</li> <li>- 65% complicações pós-operatórias, destes, 69,2% apresentaram dermatite, 15,4% retração, 7,7% abscesso e 7,7% sangramento;</li> <li>- 37,5% não usavam o dispositivo ou eram inadequados;</li> <li>- A maioria não realizava cuidados com o dispositivo e a troca do mesmo.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar serviço específico para educar e acompanhar os pacientes portadores de estoma;</li> <li>- Sensibilizar os profissionais quanto à importância da abordagem aos pacientes no pré operatório e continuidade no pós operatório;</li> <li>- Realizar um atendimento globalizado com prestação de assistência e fornecimento de dispositivos.</li> </ul> |
| 6                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreira de pele do dispositivo coletor maior do que o estoma;</li> <li>- Utilização de inadequado dispositivo coletor.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 16% complicações periestomais, destes, 68% apresentavam dermatite, 20% danos mecânicos e 9% infecção por cândida;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar os pacientes para as questões periestomais e acompanhá-los após a alta para garantir a manutenção de um dispositivo coletor seguro.</li> <li>- Realizar novos estudos para examinar a frequência dessas complicações, bem como o papel da demarcação na redução dos mesmos.</li> </ul>  |

As condutas identificadas foram diversificadas. Os estudos 4 e 5 apresentaram intervenções que visavam a prevenção de complicações, consideradas como positivas. O primeiro estudo enfocou o processo de demarcação do estoma e segundo, a orientações no pré- operatório. O estudo 6, por se tratar de um estudo retrospectivo por meio do levantamento de complicações periestomais, identificou duas condutas que colaboraram com o surgimento de complicações, consideradas negativas como: utilização de dispositivo inadequado e barreira de pele do dispositivo coletor maior que o estoma.

As recomendações foram estabelecidas pelos autores dos artigos conforme os resultados obtidos. Dentre os resultados obtidos, a complicação pós- operatórias mais freqüente no estudo 5 e estudo 6 foi a dermatite, com taxa de ocorrência de 65% e 68%, respectivamente, em relação ao total das complicações encontrado em cada estudo. Exceto o estudo 4 que identificou um maior número de hérnia peristomal. Os autores desse estudo estabeleceram as seguintes condutas para essa complicação: uso de cinto incorporando um disco sobre o estoma intestinal, orientação ao estomizado a evitar esforços e controle da periodicidade das descargas fecais para se detectar crises de suboclusão. Esses mesmos autores recomendaram para pacientes com prolapso estomal a avaliação da permeabilidade do estoma e da cor da mucosa prolapsada.

Outra recomendação estabelecida no estudo 4 foi localizar corretamente o estoma obedecendo as especificações científicas em relação aos acidentes anatômicos (cicatriz umbilical, linha da cintura, crista ilíaca e cicatriz cirúrgica).

O estudo 4 apresentou por resultados a confecção do estoma no músculo reto abdominal em 47% dos casos, sendo que foi possível palpar o músculo referido em 98% dos pacientes da amostra do estudo. Em 12% dos pacientes não havia especificações científicas para a realização do estoma e 44% dos pacientes apresentaram complicações tardias como, hiperemia (4%), prolapso (12%), hérnia periestomal (24%), prolapso e hérnia periestomal (4%).

O estudo 5 por meio da avaliação da identificação das orientações fornecidas no pré- operatório (55% de pacientes ou acompanhantes) e o entendimento destas por parte dos pacientes identificou a necessidade do estomaterapeuta planejar um novo programa de orientação, revendo alguns temas sobre manuseio, tipo de dispositivo, cuidados com a pele e estoma, alimentação e higienização; e introduzir novos temas a serem abordados, como vestuário, acessórios, complicações e sexualidade, verificando assim, a necessidade de um serviço específico para educar e acompanhar os pacientes portadores de estoma. Isso foi identificado pela análise dos resultados obtidos como elevada taxa de complicações pós-

operatórias (65%), sendo que destes 69,2% eram complicações na pele ao redor do estoma (dermatite) e 30,8% complicações no estoma (retração, abscesso e sangramento); a identificação de 37,5% de pacientes que não usavam o dispositivo ou eram inadequados, sendo que a maior parte dos cuidados com o dispositivo e a troca do mesmo não era realizada pelo portador de estoma.

Os autores do estudo 5 também destacaram a necessidade da criação e implementação de uma assistência sistematizada no pré- operatório, pela sensibilização dos profissionais, visando garantir a reabilitação precoce do paciente. No entanto, essa assistência deve ter continuidade nas demais etapas do pós-operatório, principalmente no tardio, uma vez que é nesta fase que o paciente retorna ao domicílio e passa a conviver com as dificuldades do cotidiano. O atendimento a esse paciente deve ser globalizado com prestação de assistência e fornecimento de dispositivos.

O estudo 6 identificou em um serviço com presença de enfermeiras americanas especialistas em feridas, estomas e continência, 16% de complicações periestomais. Dessas, 68% apresentavam dermatite irritante, sendo encontrado em maior número em pacientes ileostomizados; 26% danos mecânicos, identificados tanto em ileostomia, colostomia quanto em conduto ileal, com distribuição equitativa; e 6% infecção por cândida, encontrado em paciente ileostomizado e com conduto ileal. As enfermeiras atribuíram a ocorrência da dermatite à presença de retração do estoma (26%), hérnia periestomal (14%), corte inadequado da barreira de pele do dispositivo coletor (20%), áreas de pressão pelo dispositivo coletor convexo, (20%) e utilização de inadequado dispositivo coletor (37%).

No estudo 6, a demarcação foi realizada em quase todos os pacientes que desenvolveram complicações, exceto em 17% dos indivíduos que eram portadores de conduto ileal e não tiveram o estoma confeccionado no hospital no qual o estudo foi realizado. Os resultados obtidos permitiram estabelecer as condutas: educação continuada dos pacientes para as questões periestomais, acompanhamento após a alta para garantir a manutenção de um dispositivo coletor seguro e a realização de novos estudos para examinar a frequência dessas complicações, bem como o papel da demarcação na redução dos mesmos.

## 6. DISCUSSÃO

Todos os estudos que responderam a pergunta 1 apresentavam o delineamento descrito nos artigos como estudo de caso, para Cruz (1992) esse estudo é considerado uma classe de pesquisa qualitativa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Segundo a classificação dos níveis de evidência proposto por Stetler (1998) esses estudos tem nível de evidência IV.

Na literatura nacional e internacional são escassos estudos que reportem à identificação dos diagnósticos de enfermagem em pacientes portadores de estoma de eliminação intestinal, no entanto nenhum estudo analisou a incidência dos diagnósticos para estes pacientes.

Dos 13 títulos diagnósticos de enfermagem identificados nesse estudo apenas um foi comum aos três estudos. Diagnósticos de enfermagem comuns a um grupo de indivíduos delineiam o perfil deste grupo, permitindo um direcionamento global das intervenções de enfermagem (CRUZ, 1992). Os títulos diagnósticos de enfermagem identificados são: distúrbio na imagem corporal, ansiedade, interação social prejudicada, conhecimento deficiente, controle eficaz do regime terapêutico, déficit no auto cuidado, padrão de sono perturbado, intolerância à atividade, integridade da pele prejudicada, baixa auto-estima situacional, desesperança, processos familiares interrompidos e isolamento social.

Outra questão que merece destaque é o fato de 54% dos diagnósticos identificados estarem relacionados às necessidades psicológicas e 23% aos aspectos sociais e biológicos cada. Tal fato é corroborado por Borges e Carvalho ao afirmarem que a presença de estoma é fator traumático que repercute em mudanças da auto-imagem e desencadeia alterações tanto físicas quanto emocionais (BORGES E CARVALHO, 2002, p. 16). Esse dado é reforçado pela situação vivenciada pelos profissionais na prática clínica, visto que, em muitas instituições os pacientes estomizados continuam sendo tratados de modo meramente técnico, cuida-se exclusivamente das necessidades biológicas, deixando os aspectos espirituais, sociais e psicológicos relegados a segundo plano, ou até mesmo sem atenção. Desconsiderar os problemas de cunho psicológico e emocional dos pacientes faz com que esse dado apareça nos estudos realizados, reforçando a necessidade dos enfermeiros intervirem nessas áreas.

A identificação dos diagnósticos "Distúrbio na imagem corporal", "Ansiedade", "Conhecimento deficiente", "Baixa auto-estima situacional", "Desesperança" e "Padrão de sono perturbado" podem ser considerados como esperados amparados nos estudos de Borges

e Carvalho (2002), Pereira e Pelá (2006), Almeida, Cascais e Martini (2007), Bechara *et al* (2005) e Ferraz; Meirelles (2001).

Para Borges e Carvalho (2002) e Pereira e Pelá (2006) a abertura de um estoma intestinal é a causa responsável por determinar mudanças nítidas no estilo de vida de seus portadores, devido às alterações que ocorrem no esquema corporal, à perda de controle de eliminações e à necessidade de dispositivos para coletar as fezes.

Almeida, Cascais e Martini (2007) afirmam que as alterações que têm impacto a nível emocional e psicológico, resultam essencialmente da alteração da imagem corporal e citam que alguns participantes de um estudo fenomenológico de Persson e Hellstrom (2002) descreveram sentimentos de ódesgosto e óchoque ao observarem pela primeira vez o seu estoma e sentimentos de óalienação do seu corpo, no sentido de se sentirem diferentes após a cirurgia e deterem menos respeito e confiança por si próprios.

Bechara *et al* (2005), em um estudo realizado com 59 indivíduos portadores de estomas intestinais que freqüentaram reuniões no Núcleo dos estomizados de Juiz de Fora-MG, identificaram que quando os participantes foram questionados sobre a reação emocional ao estoma, 46% relataram que foi difícil no início e 54% relataram que aceitaram normalmente. Todos os pacientes deste estudo tiveram apoio familiar e consideraram este fato imprescindível para melhor aceitação da situação.

Ferraz; Meirelles (2001) afirmaram que o déficit de conhecimento expressado por alguns pacientes que submeteram a confecções de estomas se expressa quando estes pacientes observam em seu abdome uma parte do intestino exteriorizada, mostrando dificuldade em aceitar sua nova condição.

A identificação dos diagnósticos óInteração social prejudicada, óIsolamento social e óProcessos familiares interrompidos em pacientes com estoma de eliminação é justificado com as afirmativas de Almeida, Cascais e Martini (2007), Pereira e Perlá (2006) e pelo estudo realizado por Snobe, Barrichelo e Zago (2002).

Segundo Almeida, Cascais e Martini (2007) algumas pessoas portadoras de estoma de eliminação intestinal limitam os seus contatos sociais, isolando-se, visto que, ao nível social, constata-se que existe uma preocupação por parte da pessoa estomizada em manter secreta a sua estomia. Alguns percebem o afastamento de óamigos pós confecção do estoma, enquanto outras se afastam, por se sentirem óestigmatizadas nas relações sociais.

Pereira e Perlá (2006) relatam que a perda de controle da eliminação de fezes e gases e as mudanças na imagem corporal e auto-estima podem causar o isolamento psicológico e

social, baseado em sentimentos negativos que permeiam as relações interpessoais, tornando a reinserção social um desafio para o estomizado.

Snobe, Barrichelo e Zago (2002) em um estudo realizado com 10 pacientes sobre a visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia citaram que todos os participantes do estudo relataram o incômodo causado quando há eliminação de gases, vazamento e odor de fezes exalado pela bolsa de colostomia.

Para que o estomizado possa diminuir sua insegurança, ele deve utilizar um dispositivo seguro, bem adaptado, confortável, discreto e confiável (BORGES; CARVALHO, 2002).

Uma das alterações conseqüentes da estomia é a alteração do papel e do status social da pessoa, na família e na sociedade (ALMEIDA; CASCAIS; MARTINI, 2007; PEREIRA; PELÁ, 2006). Observa-se no que se refere ao retorno à sua atividade ocupacional, uma dificuldade de reinserção destas pessoas, devida a perda ou limitação da capacidade produtiva percebida pelo estomizado. O uso do dispositivo coletor representa mutilação sofrida, apresentando uma relação direta com a perda da capacidade produtiva da pessoa. Geralmente, a pessoa portadora de estoma intestinal incorpora o estigma social, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação. Em relação as atividades profissionais, BECHARA *et al* (2005) relatou que 41% dos pacientes retomaram totalmente suas atividades profissionais, 18% retomaram parcialmente e 41% não retomaram devido a aposentadoria (70%) ou licença médica, problemas físicos e problemas para higienizar a bolsa (30%).

Outro diagnóstico identificado foi ãIntegridade da pele prejudicadaö. Baldissera *et al.* (2007) cita que os diagnósticos de enfermagem que se relacionam às complicações peristomais podem ser integridade da pele prejudicada e risco para integridade da pele, diagnóstico este último definido como ãrisco de a pele ser alterada de forma adversaö (NANDA, 2010, p. 334). Segundo Baldissera *et al* (2007) para se definir estes diagnósticos é necessário que o enfermeiro reconheça sinais de edema (acúmulo de líquidos na derme e ou hipoderme, estando presente em processo inflamatório), fístula (complicação de estomas ligadas a processos infecciosos e isquêmicos), hiperemia (resultado de agressões externas do efluente do estoma e lesão mecânica dos adesivos dos dispositivos coletores) e escoriações (condição seqüencial da hiperemia cuja causa não foi solucionada); estes sinais estão presentes por alterações no tecido epitelial que ocorrem por fatores diversos, como os mecânicos, circulatórios e nutricionais.

O fator relacionado aos diagnósticos Intolerância a atividade e Déficit no autocuidado foi citado no estudo 3 como fraqueza generalizada. BECHARA *et al* (2005), em seu estudo

observou que 51% dos pacientes não retomaram suas atividades de lazer ou retomaram apenas parcialmente, devido a insegurança, dificuldade para higienizar a bolsa, vergonha ou problemas físicos.

Todos os estudos que responderam a pergunta 2 apresentaram o delineamento descritivo, com um nível de evidência IV, segundo Stetler (1998). Com esse delineamento podemos concluir que ainda não identificamos trabalhos com nível forte de evidência para a realização de revisões sistemáticas sobre determinada intervenção ou procedimento clínico.

O estudo 4 recomenda a localização correta do estoma obedecendo as especificações científicas em relação aos acidentes anatômicos, visto que, inúmeras complicações estomais e periestomais surgem em decorrência da precária localização, estando também associados a outros fatores mais gerais como idade, fragilidade da musculatura abdominal, aumento de peso no pós-operatório entre outros. Todavia, uma das estratégias importantes para prevenção de complicações seria situar o estoma numa área que assegure a aderência do dispositivo e de fácil visualização para o paciente.

Mendonça *et al* (2007, p. 432) afirmam que a avaliação pré-operatória de uma cirurgia geradora de estoma é imprescindível para que se alcance uma reabilitação eficiente voltada para o autocuidado e redução das taxas de complicações.

Bass *et al* (1997) em um estudo retrospectivo que examinou 593 pacientes portadores de estoma, comparando pacientes que tiveram um pré-operatório com realização de demarcação e orientações por enfermeiras estomaterapeutas (grupo 1) com aqueles que não tiveram (grupo 2) constataram a importância de enfermeiras especialistas em estomaterapia na avaliação de pacientes para reduzir as complicações, visto que, o grupo 2 apresentou um maior número de complicações na pele (43,5%) se comparado com o grupo 1 (32,5%). Os autores atribuíram as complicações à localização inadequada do estoma. No grupo 1, 4,4% dos estomas estavam localizados próximos de dobras ou estruturas ósseas e 10% dos estomas do grupo 2 estavam localizados inapropriadamente.

Diante do exposto reflete-se sobre a importância de um serviço sistematizado de enfermagem, voltado especificamente para o cuidado de pacientes em fase pré-operatória, candidatos à estoma intestinal, a fim de orientá-los sobre o processo cirúrgico que envolve a internação hospitalar, o preparo para a cirurgia, sua recuperação e os cuidados que necessitarão adotar no pós-operatório.

O estudo 5 recomenda a criação de um serviço específico para educação e acompanhamento de pacientes portadores de estoma e a sensibilização dos profissionais quanto à importância da abordagem aos pacientes no pré operatório e continuidade no pós

operatório. A relevância dessa recomendação é reforçada pelos resultados do estudo de Gemelli e Zago (2002). Esses autores realizaram um estudo com oito enfermeiros em um Hospital governamental e concluíram que havia inadequação das ações do enfermeiro para o cuidado e ensino do autocuidado para o paciente portador de estoma. Os achados, certamente, contribuem para intensificar as dificuldades do estomizado e da sua família, após a alta hospitalar. A inadequação das práticas dos enfermeiros reflete a falta de conhecimentos atualizados, nos diferentes temas da reabilitação do estomizado.

Quando o paciente apresenta assistência por parte de especialistas, fato confirmado pelo estudo 5, também pode apresentar complicações no pós- operatório (imediate ou tardio) ou a qualquer momento, no caso de estoma definitivo. A tendência é que as complicações passíveis de prevenção ocorram em menores taxas. As complicações podem estar relacionadas ao estoma ou pele ao redor.

Colwell e Beitz (2007) em um estudo sobre levantamento da validação de conteúdo de definições de complicações estomal e periestomais, com uma amostra de 686 enfermeiros especialistas em estomaterapia, membros da *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* (WOCN) *Society*, identificaram um nível de representação forte (concordância entre especialistas) para essas definições. As mesmas são apresentadas a seguir:

❖ Descrição para complicações estomal:

- Hérnia periestomal: um defeito na fáscia abdominal que deixa o intestino protuberante para a área periestomal;
- Prolapso estomal: deslizamento do intestino através do estoma;
- Necrose estomal: morte do tecido estomal, resultante da circulação sanguínea afetada;
- Separação mucocutâneo: destacamento do tecido estomal ao redor da pele periestomal;
- Retração estomal: o desaparecimento da protrusão normal do estoma na linha ou abaixo do nível da pele;
- Estenose estomal: impedimento do efluxo do conteúdo devido estreitamento ou contração do tecido da pele estomal ou em nível de fáscia ;
- fístula estomal: uma comunicação anormal entre o estoma e tecido ao redor, ou no estoma
- Trauma estomal: injúria na mucosa estomal frequentemente relacionado a pressão ou força física.

❖ Descrição para complicações periestomais:

- Varizes periestomal: circulação colateral venosa dilatadas ocorrendo no local do estoma
- Cândidíase periestomal: crescimento excessivo de cândida suficiente para causar infecção ou inflamação da pele na área periestomal;

- Foliculite periestomal: inflamação do folículo piloso na pele periestomal causado por *Staphylococcus aureus*;
- Lesões pseudo-verruosas: lesões tipo verruga na área periestomal relacionada com a exposição crônica de umidade e irritação;
- Pioderma gangrenoso periestomal: uma lesão ulcerativa da pele ao redor do estoma de uma etiologia desconhecida ;
- Dermatite de contato irritante periestomal: dano conseqüente da exposição da pele ao efluente fecal e urinário ou preparativos químicos;
- Dermatite de contato alérgico periestomal: resposta inflamatória na pele devido hipersensibilidade a elementos químicos;
- Trauma periestomal: perda da epiderme periestomal secundário a trauma na pele.

Santos *et al* (2007) em um estudo com 178 pacientes identificaram má adaptação da placa de estoma em mais da metade dos pacientes (50,6%), dermatite periestomal em 28,7%, estoma plano em 18,6%, hérnia periestomal em 10,7% e retração do estoma em 10,1%.

Os profissionais devem estar atentos no sentido de detectar precocemente sinais de complicações, bem como orientar o estomizado a fazer o mesmo, procurando ajuda profissional. Percebe-se que uma complicação pode acarretar outras, como exemplo a retração do estoma pode propiciar a dermatite tornando um ciclo vicioso.

Ratliff e Donovan (2001) identificaram em um estudo com 161 pacientes recentemente estomizados (2 meses de pós operatório) 6% de complicações, sendo que todos os pacientes que desenvolveram complicações tinham retração estomal, a maioria portadores de ileostomia ou conduto ileal. Das complicações periestomais 20% eram infecções por cândida e 80% eram danos químicos, como dermatite irritante e lesões pseudoverruosa. Os autores concluíram que pacientes com conduto ileal e retração estomal necessitam de uma freqüência maior de visitas para monitorar as condições da pele e modificações da bolsa.

Essa situação além de dificultar o paciente portador de estoma, pode elevar os custos do tratamento, sendo indicado, conforme o estudo 6, a educação dos pacientes para as questões periestomais e o acompanhamento após a alta para garantir a manutenção de um dispositivo coletor seguro.

Os estudos 5 e 6 identificaram a aplicação de alguns dispositivos inadequados para determinados estomas e algumas barreira de pele do dispositivo coletor maior do que o estoma, sendo comum nos mesmos a identificação de dermatite em mais da metade das complicações encontradas. Segundo Shultz (2002) para prevenir problemas de pele e vazamento do dispositivo coletor, a barreira de pele (placa) do dispositivo coletor (bolsa) deve

cumprir uma abertura de aproximadamente 3 milímetros da largura do estoma. Alguns fatores interferem no porte e manuseio do dispositivo, na adaptação e no autocuidado, dentre esses, destacam-se a distância do estoma em relação às incisões cirúrgicas, dobras, crista ilíaca, sínfise púbica e rebordo costal e a área para aderência do dispositivo, que deve ter aproximadamente 3cm<sup>2</sup> de pele ao redor do estoma (BORGES, MAGALHÃES; SAAR, 2000 *in apud* BORGES; CARVALHO, 2002).

Shultz (2002) avaliou dois tipos de placas: a pré-cortada e a recortável. A placa pré-cortada é sempre cortada do tamanho certo da abertura ao redor do estoma. Recomendada para estomas que pararam de mudar de tamanho (usualmente 6 a 8 semanas após a cirurgia). Pode ser benéfico para pessoas que não tem habilidade para cortar placas. Para usar a placa, o paciente ou o cuidador precisam mensurar o tamanho do estoma usando o guia de mensuração do produto. A placa recortável precisa ser cortada do tamanho correto do estoma antes de ser usada, essa é ideal para uso no estoma irregular, dada a possibilidade de se criar uma abertura adequada ao estoma, a partir da confecção de um molde de seu formato e, com isso, facilitar ou permitir melhor ajustamento e aderência do sistema coletor. Outra opção de placa citada por este autor é a estilo convexa. O uso da convexidade ajuda conseguir uma melhor aderência da placa. A pressão da placa convexa no tecido ao redor do estoma aumenta o grau de protusão do mesmo e reduz o risco de vazamento, sendo esta indicada para estomas retraídos. Em contra partida o estudo 6 identificou a presença de injúria mecânica ocasionada pela pressão do sistema convexo.

Na prática clínica observa-se que o dispositivo inicialmente recomendado ou fornecido pelo hospital é normalmente aquele que o paciente continuará usando no seu dia-a-dia. Tanto o estudo 5 quanto o 6 identificaram a utilização inadequado de dispositivo coletor.

Para Santos; Paula e Secoli (2008) a assistência de enfermagem ao estomizado, entre outras ações de igual significância, inclui a seleção e indicação adequada de equipamentos coletores e adjuvantes específicos, em busca da reabilitação e melhoria da qualidade de vida dessa clientela. O processo de seleção adequado do dispositivo ao uso do portador de estomas de eliminação intestinal deve se alicerçar na avaliação de suas necessidades individuais e das características de seu estoma, além da avaliação dos recursos sócio-políticos. Segundo Cessaretti, Borges e Greco (2005) a avaliação inclui algumas variáveis como: o contorno abdominal, a preferência quanto ao tipo de sistema coletor, a atividade física que realiza e as limitações de capacidade relacionados a destreza motora, acuidade visual e ao aprendizado. Das características do estoma que exercem influência no processo de seleção do dispositivo,

destacam-se: o tipo do estoma e, conseqüentemente, a consistência do efluente; a construção cirúrgica e o tamanho do estoma em mm e o nível de protusão.

Shultz (2002) relatou que dispositivo coletor (bolsa), sistema uma peça, oferece para algumas pessoas um sensação de segurança, porque os componentes não são separados, disse também que esse sistema oferece uma melhor flexibilidade da bolsa que pode ser uma vantagem para pessoas que tem uma hérnia periestomal ou abdominal encontrado próximo ao estoma. Já o sistema 2 peças permite que a bolsa seja facilmente removível para esvaziar ou para avaliar o estoma. Sendo assim o estudo 6 recomendou como meta principal a educação dos pacientes para as questões periestomais, bem como seu acompanhamento após a alta hospitalar para garantir a manutenção de um dispositivo coletor seguro.

## 7. CONCLUSÃO

Nota-se que estudos referentes a identificação de diagnósticos de enfermagem à esses pacientes são escassos. Foram encontrados 13 diagnósticos de enfermagem: distúrbio na imagem corporal, ansiedade, interação social prejudicada, conhecimento deficiente, controle eficaz do regime terapêutico, déficit no auto cuidado, padrão de sono perturbado, intolerância à atividade, integridade da pele prejudicada, baixa auto-estima situacional, desesperança, processos familiares interrompidos e isolamento social. O diagnóstico de enfermagem comum aos estudos identificados foi distúrbio na imagem corporal.

Mais da metade dos diagnósticos de enfermagem identificados estão relacionados às necessidades psicológicas. Atualmente na prática clínica a maioria dos pacientes estomizados continua sendo tratados de modo meramente técnico, cuida-se exclusivamente das necessidades biológicas, deixando para segundo plano aspectos sociais, psicológicos e espirituais.

A realização de estudos de prevalência de diagnósticos de enfermagem para pacientes portadores de estomas de eliminação intestinal e a agregação de seus resultados permitirão um melhor delineamento sobre conteúdos essenciais para o ensino de enfermagem em estomaterapia.

As recomendações de enfermagem para pacientes portadores de estoma de eliminação referentes a prevenção de complicações no estoma ou pele ao redor encontrados na revisão com nível de evidência IV, foram:

- localizar corretamente o estoma;
- criar serviço específico para educar e acompanhar os pacientes portadores de estoma;
- sensibilizar os profissionais quanto à importância da abordagem aos pacientes no pré-operatório e continuidade no pós operatório;
- realizar um atendimento globalizado com prestação de assistência e fornecimento de dispositivos;
- educar os pacientes para as questões periestomais e acompanhá-los após a alta para garantir a manutenção de um dispositivo coletor seguro;
- realizar novos estudos para examinar a frequência dessas complicações, bem como o papel da demarcação na redução dos mesmos.

Pode-se afirmar que o estudo realizado permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem inerentes ao paciente com estoma de eliminação e estabelecer recomendações referentes a prevenção de complicações no estoma e pele ao redor.

Constatou-se que os estudos identificados apresentavam nível de evidência baixo. Para reverter esse dado sugere-se aos enfermeiros a realização de novos estudos, preferencialmente estudos clínicos, randomizados controlados com intervenção avaliada corretamente, com amostra calculada *a priori*.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.J.S.; CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J.G. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, 163-7 p., Jan-mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a21v16n1.pdf>. Acessado em maio 2010.

AMORIM, Edjane. Estoma e Câncer: O desafio do enfrentamento. In: SANTOS, Vera; CESARETTI, Isabel. *Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2005, p.355-366.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. Legislação. *Declaração dos direitos dos ostomizados*. Disponível em: [http://www.abraso.org.br/declaracao\\_ioa.htm](http://www.abraso.org.br/declaracao_ioa.htm). Acesso em 28 abril de 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. *Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.abraso.org.br/estatistica\\_ostomizados.htm](http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm). Acesso em jun. 2010.

ARAÚJO, S. E. A; GAMA, A. H. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 3, p. 39-54.

BALDISSERA et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à complicação periostomal segundo NANDA: análise crítica das habilidades necessárias ao enfermeiro. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 11, n. 1, p. 63-66, jan-abr. 2007. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/987/859>. Acessado em maio 2010.

BARROS, A. L.B.L.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. G. Classificação da intervenções de enfermagem. *Revista Esc Enf USP*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-4, jun., 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a05.pdf>. Acessado em jun. 2010.

BASS et al. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*, v. 40, p. 440-442, 1997. Acessado em Nov. de 2010.

BORGES, E.; CARVALHO, D. Portador de estoma gastrointestinal: perfil de uma clientela. *Nursing*, v. 5, n. 46, p. 15-21, março 2002. Acessado em Nov. de 2010.

BORK, A. M. T. *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 365 p.

CARDOSO, J.R.S.; CARVALHO, V.M.J.C. Cuidados com dermatites periestomais. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C.T. *Curativos, Estomias e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2010. cap. 32. p. 519-528.

CALIRI, M. H. L.; MAZIALE, M. H. P. A Prática de Enfermagem baseada em evidências: Conceitos e informações disponíveis on-line. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão de Preto, v. 8, n. 4, p.103-104, agost., 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000400015&script=sci_arttext). Acessado em julho, 2010.

CARVALHO, R.; GALDEANO, L.; LUVISOTTO, M.. Transplante renal: diagnóstico e intervenções de enfermagem em pacientes no pós operatório imediato. *Revista Einstein*. São Paulo, v. 5, no. 2. 2007. 117-122p. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2> Online AO441\_pg117-122.pdf. Acessado em maio 2010.

CESARETTI, I.U.R. Ostomizado: Reabilitação sem fronteiras? Ponto de vista do enfermeiro. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, V.8 N.1, P.11-17, Jan/Abril, 1995. Disponível em: [http://www.unifesp.br/denf/acta/1995/8\\_1-3/pdf/art2.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/1995/8_1-3/pdf/art2.pdf). Acessado em maio 2010.

CESARETTI, I. U. R. O enfermeiro e a demarcação do local do estoma intestinal ou urinário. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 60 ó 69, 1998.

CESARETTI, I.; BORGES, L.; GRECO, A. A tecnologia no cuidar de estomizados: a questão de dispositivos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 11, p. 173-193.

CESARETTI, I.U.R.; FILIPPIN, M.J.; SANTOS, V.L.C.G. Tendência da Estomaterapia. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 24, p. 485-501.

CESARETTI, I.U.R.; SANTOS, V.L.C.G.; VIANNA, L.A.C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 16-21, jan-fev. 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100003&script=sci_arttext).  
Acessado em junho 2010.

COSTA, I.G.; MARUYAMA, S.A. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. *Revista Latino-americano de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio-jun 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300015&script=sci_arttext).  
Acessado em maio 2010.

COLWELL, J.; BEITZ, J. Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *J WOCN*, v. 34, n. 1, p. 57- 69, jan/fev 2010. Acessado em Nov. de 2010.

CRUZ, D. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. v. 26, n. 3, p. 427-34, 1992.

DOMENICO, E. B. L., IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão preto, v. 2, n. 1, p.115-118, jan./fev., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>. Acessado em julho, 2010.

FERRAZ, C.A.; MEIRELLES, C.A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação de estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.9, n. 5, p. 32-8, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7796.pdf>. Acessado em maio 2010.

GALVÃO, C.; SAWADA, N. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira em Enfermagem*. Brasília, v. 56, n. 1, p. 57-60, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=494085&indexSearch=ID>. Acessado em julho de 2010.

GALVÃO, C. M., SAWADA, N. O., TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão preto, v. 12, n. 3, p. 549-556. mai./ jun., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acessado em julho de 2010.

GANONG, L. Integrative reviews of nursing research. *Research in nursing & health*. New York, v. 10, n.11, p.1-11, 1987.

GUYTON, A.; HALL, J. Tratado de fisiologia médica. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1014p.

GEMELLI, L. M. G.; ZAGO, M. M. F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 34-40, jan./fev. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692002000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692002000100006&script=sci_arttext). Acessado em maio 2010.

HERMIDA, P.M.V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-7, Nov-dez. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000600021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em jun. 2010.

HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1979. p.97.

LEFEVRE, R. A. *Aplicação do Processo de Enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 279 p.

LUZ et al. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina- PI. Florianópolis. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 18, n. 1, jan-mar. 2009, 140-146 p. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100017). Acessado em maio 2010.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018). Acessado em novembro de 2010.

MENDONÇA, R. et al. A importância da consulta de enfermagem em pré operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 53, n. 4, p. 431-435, 2007. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v04/pdf/artigo5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf). Acessado em maio 2010.

MONGE, R. A. *A assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal: conhecimento e percepção dos enfermeiros*. 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) ó Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2008. Disponível em: [http://tede.ung.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=101](http://tede.ung.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=101). Acessado em maio 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 452 p.

PAUL, C.; REEVES, L.S. STANTON, M. Um resumo do processo de enfermagem. In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*, 3 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, A.; PELÁ, N. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. *R Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 574-9, 2006. Acessado em novembro de 2010.

PINHEIRO, A. M.; TANNURE, M. C. *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 298 p.

RATLIFF, C.; DONOVAM, A. Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Management*, v. 47, n. 8, p. 26-29, ago-2001. Acessado em novembro de 2010.

RATLIFF, C. SCARANO, K.; DONOVAN, A. Descriptive study of peristomal complications. *J WOCN*, v. 32, n.1, p. 33-37, jan/fev 2005. Acessado em Nov. de 2010.

REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-9, maio-jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci_arttext). Acessado em jun. 2010.

ROCHA, J.J.R.; JUNIOR, A. M. Estomas Intestinais. In: Rocha, J.J.R da. *Coloproctologia: princípios e práticas*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 111- 18.

ROMAN, A.; FRIEDLANDER, A. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare enferm*. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez. 1998.

SAMPAIO et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 1, jan-mar. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci_arttext&tlng=pt). Acessado em maio/2010.

SANTOS, C. *et al.* Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 016-019, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/a02v27n1.pdf>. Acessado em maio 2010.

SANTOS, V.L.C.G. A estomaterapia através dos tempos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 1, p. 1-17.

SANTOS, V.; PAULA, C.; SECOLI, S. Estomizado adulto no município de São Paulo: um estudo sobre o custo de equipamentos especializados. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 42, n. 2, p. 249-55, 2008.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf). Acessado em nov. de 2010.

SHIMIZU, H.E.; SILVA, A.L. A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 307-11, Maio-jun 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300011&script=sci_arttext). Acessado em maio de 2010.

STEELE, A.; SABOL, K. Anatomia e fisiologia do sistema gastrointestinal. In: MORTON *et al.* *Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística*. 8 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, cap. 38, p. 903-922.

STETLER *et al.* Utilization- focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs. Res.*, v. 11,n. 4, p. 195- 2006, Nov. 1998.

YANEZ, A. O.; KLIJN, T. P. Enfermería basada em evidencia. Barreras y estratégias para su implementación. *Ciencia y Enfermería*, Chile, v. 13, n. 1, p. 17-24, jun., 2007. disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100003&script=sci_arttext). Acessado em julho de 2010.



