

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA**

ÁGATHA AMENO CARDOSO

COMPLICAÇÕES NA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO E PELE AO REDOR

Belo Horizonte

2021

ÁGATHA AMENO CARDOSO

COMPLICAÇÕES NA ESTOMIA DE ELIMINAÇÃO E PELE AO REDOR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Eline Lima Borges

Cardoso, Ágatha Ameno.
C268c Complicações na estomia de eliminação e pele ao redor
[manuscrito]. / Agatha Ameno Cardoso. -- Belo Horizonte: 2021.
42 f.: il.
Orientador (a): Eline Lima Borges.
Área de concentração: Enfermagem em Estomaterapia.
Monografia (especialização): Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Derivação Urinária. 2. Complicações Pós-Operatórias.
3. Prevalência. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Estomaterapia.
6. Dissertação Acadêmica. I. Borges, Eline Lima.
II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 161



**Universidade Federal de Minas
Gerais Escola de Enfermagem
Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia**

Monografia intitulada “Complicações na Estomia de Eliminação e Pele ao Redor”, da aluna Agatha Ameno Cardoso, apresentada a banca examinadora do Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia para obtenção de Título de Especialista Enfermagem em Estomaterapia

Aprovada em 23 de agosto de 2021, pela banca constituída pelos membros

Handwritten signature of Eline Lima Borges in blue ink.

**Orientador (a): Profª Drª Eline Lima Borges
EEUFMG**

Handwritten signature of Miguir Terezinha Viacelli Donoso in blue ink.

**Avaliador (a): Profª Drª Miguir Terezinha Viacelli Donoso
EEUFMG**

Handwritten signature of Selme Silqueira de Matos in blue ink.

**Avaliador (a): Profª Drª Selme Silqueira de Matos
EEUFMG**

Resumo

Introdução: Uma estomia de eliminação mal localizada na parede abdominal ou confeccionada por meio de técnica cirúrgica inadequada gera inúmeros transtornos aos pacientes e causa, inclusive, complicações que impactam de forma negativa o cotidiano da pessoa, afetando diretamente o seu autocuidado, demandando aumento de custo com o uso de adjuvantes, tempo maior de internações e maiores dificuldades para a reabilitação. Os dados epidemiológicos (incidência e prevalência) de complicações na estomia de eliminação são raros pelo fato de não serem considerados eventos adversos e não demandarem notificação compulsória. **Objetivo geral:** Analisar as complicações na estomia de eliminação e pele ao redor e suas repercussões. **Objetivos específicos:** Estimar a prevalência de complicações na estomia de eliminação; avaliar os tipos de estomia de eliminação, suas indicações e fatores associados com a dermatite; avaliar a capacidade do paciente de realizar os cuidados com o equipamento coletor. **Método:** Estudo descritivo, transversal, realizado em quatro serviços especializados da rede pública de saúde, localizados no estado da Bahia e Minas Gerais, com amostra de 180 pacientes com estomia de eliminação que atenderam aos critérios de inclusão. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A idade variou de 3 meses a 88 anos, média de 55,52 ($\pm 18,49$) e mediana de 58 anos. As complicações nas estomias e pele periestomal comprometeram 130 pacientes e resultaram em 188 episódios, sendo 49% dermatite, 6% hérnia paracolostômica, 6% prolapso, 5% retração, 4% granuloma. A prevalência global de complicações foi 72,2%, correspondendo à prevalência de 72,2% de dermatite, 10% de hérnia paracolostômica, 10% de prolapso, 7,6% de retração e 5,6% de granuloma. As complicações na estomia apresentaram significância estatística com sexo ($p = 0,003$), tempo de confecção da estomia ($p = 0,004$) e o câncer como causa da cirurgia ($p = 0,004$). A dermatite apresentou significância estatística com o autocuidado ($p = 0,004$), tipo de estomia ($p = 0,003$), consistência do efluente ($p = 0,002$) e número de eliminações por dia ($p = 0,001$). **Conclusão:** A prevalência global de complicações na estomia e pele ao redor foi elevada, com destaque para a dermatite, hérnia paracolostômica e prolapso. A presença da dermatite é influenciada pelo tipo de estomia, consistência e padrão de eliminação do efluente e interfere na realização do autocuidado.

Palavras-chave: Estomas cirúrgicos. Derivação urinária. Complicações pós-operatórias. Prevalência. Cuidados de enfermagem. Estomaterapia.

Abstract

Introduction: An elimination ostomy poorly located in the abdominal wall or made through inadequate surgical technique causes numerous inconveniences to patients and even causes complications that negatively impact the person's daily life, directly affecting their self-care, demanding an increase in the cost of the use of adjuvants, longer hospital stays and greater difficulties for rehabilitation. Epidemiological data (incidence and prevalence) of complications in elimination ostomy are rare because they are not considered adverse events and do not require compulsory notification. **General objective:** Analyze complications in the elimination ostomy and surrounding skin and their repercussions. **Specific objectives:** Estimate the prevalence of complications in the elimination ostomy; evaluate the types of elimination ostomies, their indications and factors associated with dermatitis; assess the patient's ability to perform care with the collecting equipment. **Method:** Descriptive, cross-sectional study carried out in four specialized services of the public health network, located in the state of Bahia and Minas Gerais, with a sample of 180 patients with elimination ostomy who met the inclusion criteria. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Age ranged from 3 months to 88 years, mean 55.52 (± 18.49) and median 58 years. Complications in the ostomies and peristomal skin affected 130 patients and resulted in 188 episodes, with 49% dermatitis, 6% paracolostomic hernia, 6% prolapse, 5% retraction, 4% granuloma. The overall prevalence of complications was 72.2%, corresponding to a prevalence of 72.2% of dermatitis, 10% of paracolostomic hernia, 10% of prolapse, 7.6% of retraction and 5.6% of granuloma. The complications in the ostomy were statistically significant with gender ($p = 0.003$), time since the stoma was made ($p = 0.004$) and cancer as the cause of surgery ($p = 0.004$). Dermatitis was statistically significant with self-care ($p = 0.004$), type of ostomy ($p = 0.003$), effluent consistency ($p = 0.002$) and number of eliminations per day ($p = 0.001$). **Conclusion:** The overall prevalence of complications in the ostomy and surrounding skin was high, especially dermatitis, paracolostomic hernia and prolapse. The presence of dermatitis is influenced by the type of ostomy, consistency and pattern of effluent elimination and interferes with self-care.

Descriptors: Surgical Stomas. Urinary diversion. Postoperative complications. Prevalence. Nursing care. stoma therapy.

Sumário

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2 OBJETIVOS..... | 12 |
| 2.1 Geral..... | 12 |
| 2.2 Específicos..... | 12 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 13 |
| 4 MÉTODO..... | 20 |
| 4.1 Local de estudo..... | 20 |
| 4.2 Amostra e elegibilidade..... | 20 |
| 4.3 Coleta de dados..... | 21 |
| 4.4 Análise dos dados..... | 21 |
| 4.5 Aspectos éticos..... | 22 |
| 5 RESULTADOS..... | 23 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 27 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 33 |
| 8 REFERÊNCIAS..... | 34 |
| APÊNDICE A: Instrumento de Coleta de Dados..... | 39 |
| APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 40 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 42 |

1 INTRODUÇÃO

A presença de uma estomia, que tem por sinônimo “estoma”, significa a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas para desvio do trânsito normal (SANTOS; CESARETTI, 2015), classificadas conforme a porção do corpo afetada (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013). A confecção de uma estomia leva a uma mudança que afeta toda a vida social e familiar; e sua presença requer adaptação às mudanças ocorridas (SANTOS; CESARETTI, 2015).

As estomias intestinais construídas com o objetivo de eliminação, designadas de ileostomia e colostomia, configuram a perda da função esfinteriana e podem ser classificadas como temporárias ou definitivas dependendo do tratamento a ser realizado (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013).

A ocorrência das estomias urinárias é menos frequente. Elas são usualmente chamadas de derivações urinárias. Consiste em uma abertura que permite a saída do efluente urinário para o meio externo e pode ser realizada por diferentes abordagens cirúrgicas. Elas são confeccionadas com o objetivo de preservar a função renal (MORAES, *et al*, 2020).

Independentemente do tipo e da temporalidade da estomia, a pessoa, a partir do momento que a adquire, passa a utilizar equipamento coletor. Também usualmente denominado de bolsa, ele é aderido ao abdômen para a coleta da eliminação intestinal (efluente).

Pessoas que passaram pelo procedimento de confecção de estomia apresentam perspectiva de vida alterada, principalmente por sua imagem corporal negativa associada ao uso da bolsa coletora, mudança nos padrões de eliminação, hábitos alimentares e de higiene adaptados ao uso dos equipamentos coletores, com o resultado de autoestima diminuída, sexualidade comprometida e até mesmo isolamento social (NASCIMENTO, 2011).

O uso do equipamento coletor denuncia sua falta de controle sobre as eliminações fisiológicas, compromete o estado de beleza física e de saúde e pode representar a perda da capacidade produtiva. Na fase de adaptação, a pessoa passa a se isolar do convívio com outras pessoas, inclusive aquelas do círculo familiar e de amigos, por se achar diferente (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

O período dos primeiros 30 dias do pós-operatório é considerado o seu momento de luto, ou seja, nesse período a pessoa vai rever os seus conceitos, contrapor suas perdas e

encontrar forças para aceitar e trabalhar suas novas possibilidades após o uso do equipamento coletor.

A estomia também tem impacto nos aspectos psicossociais dos pacientes, desencadeando ansiedade, depressão e falta de autoconfiança, além de emoções negativas. Muitos pacientes sentem o próprio corpo estranho, incomum, menos perfeito como homem ou mulher. Há situações em que a estomia limita suas atividades de vida, incluindo as atividades sexuais (SUSANTY; RANGKI, 2016).

Passada a fase de vivenciar situações que envolvem diversos sentimentos conflitantes, incluindo intenso sofrimento e impacto emocional (SUSANTY; RANGKI, 2016), vem o período de adaptação, quando a maioria das pessoas pode levar uma vida normal, devendo sempre respeitar alguns pontos de higiene e utilizando materiais adequados para o seu dia a dia (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

A reabilitação da pessoa visa melhorar a qualidade de vida diante do impacto com a doença e com a estomia. Sua primeira etapa é a aceitação da estomia que foi confeccionada para a preservação da vida. Após essa etapa, os cuidados com higiene, alimentação e com utilização correta dos equipamentos coletores podem assegurar melhoria em sua vida diária (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

A fim de que essa reabilitação seja eficaz, a implantação e o planejamento da assistência de enfermagem à pessoa com estomia devem iniciar no pré-operatório com o ensino para o autocuidado, conhecimento dos equipamentos que serão utilizados após a cirurgia, cuidados com a pele, envolvendo o paciente e seus familiares. Para finalizar o período que antecede a cirurgia, faz-se necessário o preparo do cólon (limpeza) e a demarcação no abdômen do local onde a estomia deverá ser exteriorizada no âmbito hospitalar (SOUZA, *et al.*, 2016). Para o sucesso das atividades, é essencial a interação dos membros da equipe de enfermagem com os demais profissionais da equipe médica.

As ações inerentes ao pós-operatório imediato e tardio requerem uma equipe multiprofissional para o suporte físico, social e psicológico, sem limite de tempo, com aplicações de medidas preventivas e terapêuticas que se fizerem necessárias. O enfermeiro, como profissional de saúde, desenvolve o planejamento dessa assistência especialmente voltada para o manejo da estomia, orientação e supervisão da troca das bolsas coletoras nos primeiros dias, prevenção e tratamento das complicações relacionadas à pele ao redor ou à estomia, visando à melhoria na qualidade de vida dessas pessoas (SILVA, *et al.*, 2016).

Uma estomia mal localizada na parede abdominal, por exemplo, próxima de acidentes anatômicos, ferida operatória ou confeccionada por meio de técnica cirúrgica inadequada, gera inúmeros transtornos aos pacientes (COSTA, *et al*, 2017). As complicações presentes nas estomias e pele ao redor são relacionadas ao seu tempo de aparecimento, podendo ser precoces, geralmente ligadas ao período intra-hospitalar e a cirurgias com planejamento ineficiente (DANTAS, *et al*, 2017).

As complicações precoces mais frequentes são o descolamento mucocutâneo, o edema que extrapola o fisiológico, a necrose, o sangramento e a hemorragia. Na fase tardia, geralmente após o primeiro mês de pós-operatório, pode ocorrer retração, estenose, prolapso de alça, fístula periestomal, hérnia paraestomal. A dermatite é um tipo de complicação que pode aparecer em qualquer etapa da fase do pós-operatório, inclusive naquelas pessoas que já apresentam a estomia há muitos anos (DANTAS, *et al*, 2017).

Outras complicações relacionadas às estomias podem ter ligação com a doença que gerou a confecção, como a recidiva de câncer na região da estomia, surgimento de lesões decorrentes do pioderma gangrenoso, extremo de idade, obesidade, localização da estomia e sua temporalidade (tempo de permanência), características do efluente, frequência da troca do equipamento coletor ou o seu manejo inadequado, como a sua retirada ou recorte da placa adesiva (DANTAS, *et al*, 2017).

Essas complicações impactam de forma negativa o cotidiano da pessoa com estomia, afetando diretamente o seu autocuidado e demandando aumento de custo com o uso de adjuvantes, tempo maior de internações e maiores dificuldades para a reabilitação (COSTA, *et al*, 2017).

O paciente com estomia vive uma condição de dependência devido à necessidade de aprender a manejar os equipamentos coletores, os efluentes. Ele demanda assistência profissional periódica para o cuidado com a estomia. Os problemas de enfermagem inicialmente são muito frequentes, mas tendem a diminuir com o processo de reabilitação (CESARETTI, *et al*, 2016).

A presença de complicação na estomia e pele ao redor limita muito as atividades das pessoas e aumenta o sentimento de insegurança de sair de casa devido a possíveis descolamentos do equipamento coletor e vazamento do efluente. Essa situação causa constrangimento para a pessoa (RIBEIRO, *et al*, 2015). O contato do efluente com a pele pode causar dermatite irritativa, provocando a perda da integridade cutânea da pele e desencadeando um processo inflamatório que leva à dor (FEITOSA, *et al*, 2019).

Os dados epidemiológicos (incidência e prevalência) de complicações na estomia de eliminação são raros pelo fato de não serem considerados eventos adversos e não demandarem notificação compulsória. A resolução de um problema só é possível após a sua identificação. Portanto, o desconhecimento da dimensão da ocorrência das complicações na estomia e pele ao redor, é o fato que compromete o cotidiano das pessoas, impactando o seu viver, gerando potencial para suscitar discussões e reflexões por parte dos estomaterapeutas e enfermeiros capacitados, a respeito desse problema.

Esse movimento de conhecer a realidade dos pacientes com estomia atendidos nos serviços de saúde pode culminar com a tomada de decisão por parte desses profissionais, responsáveis pela assistência de enfermagem. Na implementação do processo de enfermagem, merece destaque a etapa de intervenções, quando podem ser adotadas medidas para prevenir e mitigar a ocorrência das complicações. Mas, para isso, é preciso conhecer a real dimensão do problema.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as complicações na estomia de eliminação e pele ao redor e suas repercussões.

2.2 Específicos

- Avaliar os tipos de estomia de eliminação, suas indicações e fatores associados com a dermatite.
- Estimar a prevalência de complicações na estomia de eliminação.
- Avaliar a capacidade do paciente de realizar os cuidados com o equipamento coletor.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As complicações relacionadas às estomias podem se iniciar a partir do momento de sua confecção. As causas mais importantes de complicações podem ser a falta de experiência da equipe cirúrgica, com destaque para designação da confecção da estomia por um membro da equipe com menor experiência e o regime de cirurgia em que a estomia é confeccionada, como em cirurgias de urgência (CRUZ, *et al.*, 2008).

A presença de complicações impacta de forma negativa o cotidiano da pessoa, principalmente na manutenção do autocuidado e bem-estar. Medidas preventivas como a localização adequada da estomia dentro dos limites do músculo reto abdominal por meio da demarcação pré-operatória e a consulta de enfermagem auxiliam na adaptação da pessoa no pós-operatório (COSTA *et al.*, 2017).

A confecção de uma estomia é um desafio para o paciente em relação ao seu processo de aceitação e adaptação, dessa forma é importante que o profissional de saúde implemente medidas de cuidados à pessoa com estomia voltados para a melhoria da qualidade de vida. (DINIZ IV *et al.*, 2020).

O tipo e o contato do efluente com a pele são os maiores fatores para complicações dermatológicas, especialmente as dermatites. As pessoas ileostomizadas têm um risco maior para desenvolver complicações na pele periestomal, devido ao aspecto e quantidade dos efluentes, do que as pessoas colostomizadas (VINHAS, 2010).

Os pacientes com urostomia correm o risco de apresentar dermatite quando ficam em contato constante com o meio úmido induzido pela eliminação da urina pela estomia. Nos casos de Bricker, a eliminação da urina é contínua, o que potencializa a ocorrência da dermatite. Essa complicação ocorre devido à capacidade da urina de alterar o meio ácido da pele, rompendo o equilíbrio existente e levando ao surgimento da dermatite, que ocasiona uma má aderência da placa do equipamento coletor à pele. A dermatite causa dor ao remover a barreira adesiva, dificultando assim o autocuidado e a qualidade de vida dessas pessoas (VINHAS, 2010).

As complicações são classificadas em precoces ou tardias. Estas últimas geram hospitalizações mais longas e maiores taxas de readmissão, aumentando o custo hospitalar (OLIVEIRA, *et al.*, 2018). Já as complicações precoces ocorrem dentro dos primeiros 30 dias após a confecção da estomia (KISSHNAMURTY, *et al.*, 2017).

As complicações precoces decorrem da localização inapropriada da estomia, levando à ocorrência de edema que excede o fisiológico; necrose; hemorragia; descolamento mucocutâneo ou retração; e escape do conteúdo intestinal (KISSHNAMURTY, *et al.*, 2017; OLIVEIRA, *et al.*, 2018).

O edema na mucosa da estomia é muito comum e pode ser considerado uma resposta fisiológica ao trauma cirúrgico causado pelo manuseio e mobilização da alça intestinal, pela ligadura de vasos e pela exteriorização dela, através do trajeto aberto da parede abdominal. Desaparece ao fim de duas a três semanas de pós-operatório (KISSHNAMURTY *et al.*, 2017).

Quando o edema ultrapassa o limite do fisiológico, ele pode provocar uma diminuição da irrigação sanguínea da estomia devido à compressão vascular, desencadeando, assim, o surgimento de outra complicação, como a isquemia (KWIATT; KAWATA, 2013).

A ocorrência do edema pode ser minimizada, desde que as medidas preventivas relativas às técnicas cirúrgicas e aos cuidados no pós-operatório sejam ministradas por especialistas. Na presença desse edema, é importante que o recorte do equipamento coletor seja maior que a estomia em alguns milímetros, permitindo que o edema fique acomodado.

A necrose e isquemia ocorrem devido à irrigação sanguínea inadequada da alça da estomia e caracterizam-se por mudança na coloração da mucosa intestinal com tons arroxeados ou até mesmo acinzentados e enegrecidos (KISSHNAMURTY *et al.*, 2017). Se a necrose for superficial, estando restrita à mucosa e não comprometendo mais que um terço da circunferência da estomia, faz-se a remoção mecânica. Na presença de comprometimento total, ou seja, de todas as camadas da alça intestinal, é indicada a intervenção cirúrgica e confecção de uma nova estomia (COSTA, *et.al.*, 2017).

A hemorragia é uma complicação incomum, sendo mais observada em pacientes com ileostomias que colostomia, sobretudo devido à doença inflamatória intestinal e em associação com colangite esclerosante e em uso de medicações anticoagulantes e antiagregantes (CRUZ *et al.*, 2008). É uma complicação pouco frequente. Dependendo da intensidade e gravidade do sangramento, pode ser abordada com o uso de curativo compressivo com compressas geladas e substâncias vasoconstritoras ou sutura de pequenos vasos com anestesia local (SANTOS e CESARETI, 2015).

Outra complicação que surge na fase precoce é o descolamento mucocutâneo. Consiste na separação da estomia da pele onde está fixada e pode ser total ou parcial. Os fatores desencadeantes incluem infecções, doenças associadas como diabetes *mellitus*, uso de terapia

com corticoide e radioterapia prévia, estado nutricional comprometido, tensão excessiva da linha de sutura (TSUJINAKA, *et al.*, 2020).

O tratamento conservador é indicado quando o descolamento for superficial e pode incluir terapia antimicrobiana e cuidados locais com o uso de barreira cutânea em pó para absorver o exsudato e preenchimento com pasta de resina sintética. O tratamento cirúrgico é indicado quando há descolamento mucocutâneo total ou riscos de levar à peritonite por contaminação da cavidade abdominal. O descolamento mucocutâneo pode desencadear outras complicações na fase tardia, como a estenose e a retração (TSUJINAKA, *et al.*, 2020).

As complicações da fase tardia contemplam a hérnia paraestomal, prolapso de alça, estenose, fístula e abscesso periestomia, lembrando que a dermatite na pele periestomal é uma complicação que faz parte das complicações precoces e tardias (OLIVEIRA, *et al.*, 2018).

A hérnia paracolostômica ocorre nos primeiros dois anos após a confecção da estomia ou até dez anos depois. Uma das causas para sua ocorrência é a criação de túnel parietal muito amplo; ou confecção da estomia na própria incisão da laparotomia; ou ainda passagem da extremidade do intestino a ser estomizado lateralmente ao músculo reto abdominal (CRUZ, *et al.*, 2008). Outros fatores de risco são a idade avançada, obesidade caracterizada pelo índice de massa corporal (IMC) superior a 30kg/m^2 , cirurgias de urgência, falta de demarcação no pré-operatório (KISSHNAMURTY, *et al.*, 2017).

A indicação de tratamento cirúrgico da hérnia paracolostômica pode variar de acordo com suas dimensões e com a influência exercida sobre o cotidiano e bem-estar do paciente. Se muito volumosa, a sua presença pode causar dores intensas, obstrução, dificuldade de adaptação do equipamento coletor, sofrimento psicológico e isolamento social (COSTA, *et al.*, 2017).

As hérnias de pequeno volume podem ser tratadas com sutura local ou por meio de procedimento videolaparoscópico. Porém, hérnias volumosas necessitam de intervenções maiores, com possível realocação da estomia intestinal na parede abdominal e uso de telas confeccionadas com material sintético, para corrigir falhas na aponeurose (COSTA, *et al.*, 2017).

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro estomaterapeuta deve avaliar e orientar sobre a utilização do equipamento coletor com melhor adaptação ao abdômen do paciente, utilização de cintas abdominais modificadas, ou indicação de equipamento coletor com placa convexa. Ainda, o cinto adaptável pode auxiliar na contenção da musculatura abdominal (COSTA, *et al.*, 2017).

O prolapso de alça, que é a protrusão do intestino através da estomia, pode estar associado à hérnia paracolostômica. Esse agravo tem como causas prováveis a abertura exagerada na parede abdominal, com confecção de túnel parietal muito amplo, aumento súbito da pressão intra-abdominal e uso de equipamento coletor mal adaptado que causa pressão sobre a estomia (KISSHNAMURTY, *et al.*, 2017).

O prolapso deve ser inicialmente tratado com a redução digital, por meio de manobras suaves e delicadas, e uso de equipamento coletor com diâmetro da placa correspondente ao maior diâmetro da alça prolapsada. A pele ao redor da estomia deve ser protegida com barreira e com o equipamento coletor a ser usado (uma peça) (SANTOS e CESARETTI, 2015).

A correção cirúrgica é indicada para estomias definitivas ou que irão permanecer por tempo prolongado (SANTOS e CESARETTI, 2015). Nos casos de sinais de isquemia e sofrimento de alça ou quando associada com hérnia paracolostômica volumosa, é realizada a intervenção cirúrgica em caráter de urgência (COSTA, *et al.*, 2017).

Em situações leves de prolapso, o enfermeiro estomaterapeuta pode recorrer a algumas condutas como a redução manual (manobra de reinserção da alça intestinal associada a compressas frias, considerado artifício paliativo); aplicação local de gelo ou solução glicosada em compressas, limpas e úmidas, por 30 minutos, sempre protegendo a alça intestinal; infiltração submucosa de solução de lidocaína e solução fisiológica, que auxilia na redução do edema e facilita a manipulação da porção intestinal exteriorizada (COSTA, *et al.*, 2017). A orientação sobre redução de atividades que demandam esforço físico deve ser reforçada, uma vez que a recidiva é comum nesses casos.

A retração consiste no afundamento da estomia abaixo do nível da pele, sem ocorrência de solução de continuidade. Apresenta como causas mais frequentes a má fixação ou exteriorização sob tensão da alça intestinal, falta de sustentação pelo bastão nas estomias em alça, isquemia, necrose, descolamento mucocutâneo e ganho excessivo de peso em pacientes com tendência à obesidade (SANTOS e CESARETTI, 2015). Na presença dessa intercorrência, são indicados equipamentos coletores com placas convexas para minimizar as consequências que a estomia retraída pode causar, como vazamentos, dificuldades na aderência da placa, dermatites na pele ao redor. A convexidade da placa, teoricamente, aumenta a área de superfície na tentativa de diminuir os vazamentos; caso não aconteça essa adaptação, indica-se tratamento cirúrgico para reposicionamento da estomia (KISSHNAMURTY, *et al.*, 2017).

Já a estenose é caracterizada pelo estreitamento da luz da estomia, que pode ocorrer ao nível da pele ou mais profundamente. Quando ocorre ao nível da pele, é quase sempre associada à retração da estomia (KISSHNAMURTY, *et al.*, 2017). Sua incidência está relacionada à técnica cirúrgica, com abertura estreita do local da passagem da alça intestinal na parede abdominal. A dilatação digital ou instrumental pode ser empregada nas fases iniciais. Dependendo do grau de estreitamento, pode ser necessária a ressecção, refazendo a exteriorização da alça e fixando-a ao orifício ampliado na parede abdominal (SANTOS e CESARETTI, 2015).

No caso da dermatite na pele ao redor da estomia, trata-se de uma das principais complicações e pode ocorrer tanto nas complicações precoces quanto nas tardias. As alterações dermatológicas mais frequentes nas dermatites são: eritema ou irritação, erosão, pústulas e até ulcerações, causando dor intensa em queimação. Elas podem ser classificadas em leve, moderada ou grave, dependendo do grau de comprometimento relativo à cor, umidade e perda da integridade tecidual (COSTA, *et al.*, 2017).

Existem fatores predisponentes para ocorrência da dermatite que guardam relação com a pessoa, com a estomia e com os equipamentos e adjuvantes. Os fatores relacionados à pessoa são idade, características da pele, condições físicas resultantes de doença de base e associadas, tratamentos com quimioterápicos e radioterápicos. Relacionados à estomia, estão o tipo de estomia, construção cirúrgica, localização na parede abdominal e complicações cirúrgicas. Quanto aos equipamentos e adjuvantes, estão o tipo de bolsa coletora usada, ou a escassez desse material e dos adjuvantes (SANTOS e CESARETTI, 2015).

As alterações dermatológicas apresentam as seguintes características: eritema ou irritação na pele periestomal, que se apresenta hiperemiada, com rubor congestivo, sem perda da integridade. Posteriormente, ela torna-se edemaciada e úmida. A erosão é a perda localizada da epiderme; a pústula é a elevação superficial de tamanho variável na epiderme com presença de pus em seu interior, e a úlcera é onde ocorre a erosão que invade a epiderme e derme; tais alterações dermatológicas são decorrentes de fatores como a inadequação do cuidado com a estomia e pele periestomal, presença de doenças ou alterações sistêmicas e diminuição nas funções fisiológicas de proteção da pele (SANTOS e CESARETTI, 2015).

A avaliação das alterações dermatológicas possibilita o diagnóstico e a classificação dos tipos de dermatites — apresentadas a seguir.

A dermatite irritativa ou de contato é considerada a complicação mais comum, devido ao contato constante da pele periestomal com o efluente da estomia. O uso de produtos para o cuidado da pele como sabões e solventes, fitas adesivas, não adequados para o tipo de pele do

paciente, pode desencadear essa alteração dermatológica. No início, a pele fica avermelhada e pode descamar. A indicação de equipamento coletor adequado ao tipo de efluente e a adaptação de adjuvantes são necessárias para evitar essa complicação (STELTON, *et al.*, 2015).

A dermatite por trauma (lesão mecânica) ocorre quando o equipamento coletor é retirado da pele de forma abrupta separando a epiderme da derme. Pode ocorrer também por limpeza exagerada da pele e trocas frequentes do equipamento coletor. O manejo dessa complicação consiste em orientar o paciente quanto aos cuidados na retirada da placa adesiva e correta limpeza da pele ao redor da estomia, o uso de adjuvantes como pó protetor e sprays de barreira a cada troca podem ser empregado até a resolução do problema (STELTON, *et al.*, 2015).

Na foliculite, a inflamação ou infecção do folículo piloso causa desconforto e dor quando ocorre a remoção dos pelos de forma inadequada ou são tracionados durante a remoção da placa adesiva. Nesse caso, o paciente deve ser orientado a removê-los com tesoura e retirar a placa de maneira delicada evitando a tração (STELTON, *et al.*, 2015).

A dermatite pode surgir em decorrência da infecção por fungos causada pela *Candida albicans*. É muito propícia de ocorrer devido à umidade que favorece o crescimento desses fungos, que podem estar associados à baixa imunidade, à doença de base imunossupressora. Essa complicação pode ser minimizada com a limpeza da pele, remoção adequada da bolsa coletora e higiene com sabonetes apropriados (STELTON, *et al.*, 2015).

Outras complicações podem surgir decorrentes de distúrbios hidroeletrólitos relacionados a estomias de alto débito, anemia e sepse (OLIVEIRA, *et al.*, 2018). A etiologia das complicações periestomais é complexa e multifatorial, incluindo lesão química, como danos à pele associados à umidade proveniente do contato da pele com urina ou conteúdo fecal; trauma e destruição mecânica, ocasionados pela retirada da placa do equipamento coletor; infecção e dermatite. A retração e a estenose demandam custo maior devido ao uso de adjuvantes como pasta para preencher irregularidades, impactando a qualidade de vida da pessoa com estomia (LIRA, *et al.*, 2019).

A avaliação pré-operatória do paciente e familiar, sempre que possível, deve incluir a orientação sobre a estomia, procedimento cirúrgico que será realizado, manejo com a estomia, levando em conta o grau de entendimento das pessoas envolvidas e a demarcação da estomia (STELTON, *et al.*, 2015).

A ação de demarcar a estomia é essencial e consiste na determinação dos limites para confecção. Deve ser realizada por enfermeiros estomaterapeutas, a fim de favorecer, durante o

ato cirúrgico, a confecção da estomia em local que permita a adaptação de equipamentos coletores com o mínimo de desconforto para o paciente. A localização adequada da estomia reduz significativamente o índice de complicações no pós-operatório, assegura a aderência do equipamento e ajuda o paciente na visualização da estomia, facilitando assim o autocuidado (FEITOSA, *et al.*, 2019).

A escolha do equipamento coletor adequado a cada tipo de estomia e abdômen e o recorte da placa ajudam a minimizar as complicações. O enfermeiro estomaterapeuta é o profissional que tem o papel de facilitador nesse processo de adaptação e prestador do atendimento integral à pessoa com estomia a fim de auxiliá-la no desenvolvimento do autocuidado e no retorno às atividades de vida diária (DANTAS, *et al.*, 2017).

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, já que tem por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Esse tipo de estudo visa encontrar, no tocante ao tempo: uma associação da doença ou agravo com horários, periodicidade, variação sazonal, dentre outras variáveis; em relação ao espaço, uma associação com distribuição geográfica urbana, rural ou outra; e, quanto às peculiaridades individuais, uma associação com fatores como sexo, idade, etnia, condições socioeconômicas, dentre outros (HOCHMAN, *et al.* 2005).

4.1 Local de estudo

O estudo foi realizado em quatro serviços especializados da rede pública de saúde, sendo dois Serviços de Assistência à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO) localizados no estado da Bahia: um na capital e outro na região sul do estado. Os outros dois serviços pertenciam ao estado de Minas Gerais: um estava localizado na capital; e outro, na região norte do estado.

4.2 Amostra e elegibilidade

Optou-se por uma amostra de conveniência, ou seja, não probabilística, devido a limitações de tempo e recursos. Esse tipo de amostra permite que a coleta e a análise de dados relativos a alguns elementos desta população de referência proporcionem informações relevantes sobre toda a população (MOURÃO JÚNIOR, 2009).

Foram definidos como critérios de inclusão: ser participante com cadastro ativo no serviço especializado no momento da coleta de dados, independentemente da idade; possuir algum tipo de estomia de eliminação intestinal (ileostomia ou colostomia) ou urinária (urostomia) ou ambas; ser capaz de responder as questões do formulário de coleta de dados. No caso de criança, o responsável legal deveria apresentar essa capacidade, comparecer

presencialmente para avaliação física e permitir a retirada do equipamento coletor para avaliação da estomia e pele ao redor.

Foram excluídos participantes com déficit visual ou auditivo que pudessem necessitar de ajustes na aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dentre as complicações, a dermatite na pele periestomal foi eleita o desfecho principal deste estudo pela sua alta taxa de ocorrência. A amostra foi composta por 180 participantes, divididos em dois grupos. No grupo A, estão aqueles com dermatite; e no grupo B, aqueles sem dermatite.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em datas distintas para os quatro serviços envolvidos, mas todas antes do início da pandemia da COVID-19, doença cujo causador é o novo coronavírus (SARS-CoV-2). A coleta durou em média quatro meses para cada serviço e aconteceu durante a consulta de enfermagem do participante, previamente agendada, conforme rotina do serviço. Consistiu no histórico (entrevista), avaliação da estomia, da pele ao redor e do equipamento coletor e adjuvantes em uso. Os procedimentos demandaram em média de 40 a 60 minutos.

A avaliação clínica do participante foi realizada pelos pesquisadores, que eram enfermeiros do Curso de Pós-graduação Enfermagem em Estomaterapia. Destaca-se que os equipamentos coletores retirados para avaliação da estomia e pele ao redor foram substituídos ao final da consulta, sem ônus para os participantes.

Foi utilizado formulário estruturado para registro dos dados referentes às variáveis demográficas (estado brasileiro de origem, idade, sexo); clínicas (motivo da realização da estomia, cirurgia realizada, características do efluente, da estomia e da pele ao redor, presença e tipo de complicações); uso de adjuvantes, equipamento coletor e seu manejo.

4.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados criado no programa EpiData, exportados para o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e analisados por meio da estatística descritiva.

As variáveis numéricas foram descritas por meio de análise descritiva, com média e desvio-padrão. Nas variáveis categóricas, foi feita a sumarização com uso de frequências simples e relativas e intervalo de confiança de 95% quando pertinente.

A investigação da associação da dermatite (complicação) com as variáveis independentes foi explorada por meio de testes estatísticos. O teste qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis categóricas e a dermatite. Para comparar as variáveis numéricas, empregou-se o teste *t* de Student ou Mann-Whitney, dependendo da distribuição dos dados. O teste de Shapiro-Wilk foi adotado para testar a normalidade da distribuição.

4.5 Aspectos éticos

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e faz parte do projeto intitulado "Prevalência e caracterização das pessoas com estoma de eliminação residentes em vários municípios do Brasil", que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, recebendo parecer favorável para seu desenvolvimento pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 49807115.0.0000.5149 (ANEXO A).

Os participantes receberam os esclarecimentos necessários, concordaram em participar deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-lhes o anonimato e a isenção de riscos e ônus financeiro (APÊNDICE B). No caso das crianças, o TCLE foi assinado pelo responsável legal.

A pesquisa expôs o participante ao risco mínimo, caracterizado por quebra de confidencialidade. Para reduzir esse risco e garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa em todas as suas fases, apenas os pesquisadores terão acesso às informações prestadas, e os dados serão mantidos em local trancado até o momento de sua publicação. O anonimato será garantido em todas as fases da pesquisa, incluindo a publicação.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 180 participantes, que residiam nos estados da Bahia (96; 53,3%), Minas Gerais (82; 45,6%) e Pernambuco (2; 1,1%). A idade variou de 3 meses a 88 anos, média 55,52 ($\pm 18,49$) e mediana 58 anos; os participantes estavam distribuídos nas faixas etárias de 0 a 17 anos (8; 4,4%), 18 a 59 anos (90; 50,0%), 60 anos e mais (82; 45,6%). Quanto ao sexo, eram 92 (51,1%) homens e 88 (48,9%) mulheres.

As complicações nas estomias e pele resultaram em 188 episódios, comprometendo 130 pacientes, sendo que alguns desenvolveram mais de um tipo. Foram identificados 130 (49%) participantes com dermatite, 17 (6%) com hérnia paracolostômica, 17 (6%) com prolapso, 14 (5%) com retração, 10 (4%) com granuloma. A prevalência global de complicações foi de 72,2%, correspondendo a prevalência de 72,2% de dermatite, 10% de hérnia paracolostômica e prolapso, 7,6% de retração e 5,6% de granuloma.

As complicações na estomia apresentaram significância estatística com sexo, tempo de confecção da estomia e o câncer como causa da cirurgia (Tabela 1). A dermatite apresentou significância estatística com o autocuidado, tipo de estomia, consistência e padrão de eliminação do efluente (Tabela 2).

Tabela 1 – Associação das complicações nas estomias com sexo, tempo de confecção da estomia, motivo da cirurgia — Belo Horizonte/MG, 2021

| Variável | Categoria | Complicações na estomia | | Total | Valor de <i>p</i> |
|--------------------------------------|-----------|-------------------------|-----|-------|-------------------|
| | | Sim | Não | | |
| Sexo | Feminino | 42 | 46 | 88 | 0,003 |
| | Masculino | 47 | 45 | 92 | |
| Tempo (dias) de confecção da estomia | 1 a 15 | 36 | 42 | 78 | 0,004 |
| | 16 a 30 | 31 | 29 | 60 | |
| | 31 a 45 | 10 | 5 | 15 | |
| | 46 a 90 | 7 | 12 | 19 | |
| | < 90 | 5 | 3 | 8 | |
| Câncer como causa da estomia | Sim | 52 | 58 | 110 | 0,004 |
| | Não | 37 | 33 | 70 | |
| Total | | 89 | 91 | 180 | |

Tabela 2 – Associação da dermatite com o cuidado, características da estomia e efluente — Belo Horizonte/MG, 2021

| Variável | Categorias | Dermatite | | Total | Valor de <i>p</i> |
|-------------------------------|----------------|-----------|-----|-------|-------------------|
| | | Sim | Não | | |
| Cuidado com estomia | Total | 81 | 29 | 110 | 0,004 |
| | Parcial | 26 | 14 | 40 | |
| | Ausente | 23 | 7 | 30 | |
| Tipo de estomia | Ileostomia | 20 | 26 | 46 | 0,003 |
| | Colostomia | 104 | 22 | 126 | |
| | Urostomia | 6 | 2 | 8 | |
| Consistência do efluente | Líquida | 25 | 23 | 48 | 0,002 |
| | Semipastosa | 31 | 9 | 40 | |
| | Pastosa | 61 | 15 | 76 | |
| | Formada | 13 | 3 | 16 | |
| Número de eliminações por dia | 1 vez | 8 | 3 | 11 | 0,001 |
| | 2 vezes | 26 | 4 | 30 | |
| | 3 vezes | 34 | 9 | 43 | |
| | 4 a 5 vezes | 39 | 19 | 58 | |
| | Inúmeras vezes | 23 | 15 | 38 | |
| Total | | 130 | 50 | 180 | |

O câncer foi responsável pela confecção de estomia em 110 (61,0%) pessoas, e 71 (39,0%) tiveram estomia decorrente de outros motivos (Tabela 3).

Tabela 3 – Causa da confecção da estomia na amostra — Belo Horizonte/MG, 2021

| Motivo da estomia | n | % |
|--------------------------------|----|------|
| Câncer de reto e canal anal | 55 | 30,5 |
| Câncer de colón | 37 | 20,6 |
| Câncer de bexiga | 9 | 5,0 |
| Câncer de útero | 6 | 3,3 |
| Câncer de ovário | 3 | 1,7 |
| Obstrução intestinal | 20 | 11,1 |
| Megacólon | 10 | 5,6 |
| Polipose adenomatosa familiar | 8 | 4,4 |
| Perfuração intestinal | 8 | 4,4 |
| Doença inflamatória | 6 | 3,4 |
| Distorção de volvo de sigmoide | 4 | 2,2 |
| Trauma abdominal | 4 | 2,2 |
| Diverticulite | 3 | 1,7 |
| Fístula intestinal | 2 | 1,1 |
| Endometriose | 1 | 0,6 |
| Hérnia encarcerada | 1 | 0,6 |
| Síndrome de Fournier | 1 | 0,6 |

A colostomia foi confeccionada em 126 pessoas (70,0%), seguida da ileostomia em 46 (25,6%) e urostomia em 8 (4,4%). As estomias temporárias foram 103 (57,2%), e as definitivas foram 77 (42,8%). Estavam localizadas no quadrante inferior esquerdo (90; 50,0%), quadrante inferior direito (55; 30,6%), quadrante superior esquerdo (19; 10,6%) e quadrante superior direito (16; 8,9%). Os pacientes não passaram pelo processo de demarcação do local da estomia no pré-operatório.

O tempo de confecção da estomia variou de 1 a mais de 90 dias, com diâmetro de 10 a 65 mm, protusão de 0,1 mm a mais 9,0 mm. A consistência do efluente variou de líquida a formada 16 (8,9%), com padrão de eliminação de uma vez ao dia a inúmeras vezes (Tabela 4).

Tabela 4 – Características da estomia, tempo de confecção, diâmetro, protusão, consistência e padrão de eliminação — Belo Horizonte/MG 2021

| Características da estomia e efluente | N | % |
|--|------------|--------------|
| Tempo de confecção (dias) | | |
| >15 | 78 | 43,3 |
| 16 a 30 | 60 | 33,3 |
| 31 a 45 | 15 | 8,3 |
| 46 a 90 | 19 | 10,6 |
| < 90 | 8 | 4,4 |
| Diâmetro (mm) | | |
| 10 a 25 | 49 | 27,2 |
| 26 a 40 | 77 | 42,8 |
| 41 a 65 | 54 | 30,0 |
| Protusão (mm) | | |
| Sem protusão | 16 | 8,9 |
| De 0,1 a 1,0 | 29 | 16,1 |
| De 1,1 a 3,0 | 61 | 33,9 |
| De 3,1 a 9,0 | 33 | 18,9 |
| Acima de 9,0 | 41 | 22,8 |
| Consistência | | |
| Líquida | 48 | 26,7 |
| Semipastosa | 40 | 22,2 |
| Pastosa | 76 | 42,2 |
| Formada | 16 | 8,9 |
| Padrão de eliminação | | |
| 1 vez ao dia | 11 | 6,1 |
| 2 vezes ao dia | 30 | 16,7 |
| 3 vezes ao dia | 43 | 23,9 |
| 4 a 5 vezes ao dia | 58 | 32,2 |
| Inúmeras vezes ao dia | 38 | 21,1 |
| Total | 180 | 100,0 |

Das estomias, 142 eram terminais (78,9%), sendo que 51 (28,3%) eram colostomia à Hartmann, 38 (21,1%) apresentavam duas bocas, 91 (50,6%) tinham forma regular, 89 (49,4%) eram irregulares; 93 (51,7%) tinham formato redondo; e 87, (48,4%) ovalado.

Em relação às características dos equipamentos coletores, 167 (92,8%) participantes utilizavam o tipo drenável; e 13 (7,2%), o não drenável. Em 128 (71,1%), o sistema era de uma peça; e em 52 (28,9%), de duas peças. A base recortável foi utilizada por 154 (85,6%) participantes; e a pré-recortada, por 26 (14,4%). O diâmetro mais utilizado era o de 45 mm (71; 59,4%), seguido pelo de 31 a 45 mm (62; 34,4%) e o de 15 a 30 mm (47; 26,1%).

O equipamento ideal e a quantidade recebida estavam adequadas para 173 (96,1%) participantes, e 7 (3,9%) não recebiam o equipamento ideal/a quantidade era insuficiente. A troca do equipamento ocorria diariamente ou até semanalmente: 82 (45,6%) participantes realizavam duas trocas na semana; 47 (26,1%), três trocas; 18 (10,0%), 1 troca; 14 (7,8%), 4 trocas; 3 (1,7%), 5 trocas; e 16 (8,9%) realizavam troca diária. No grupo de adjuvantes, 87 (48,3%) não necessitavam desse recurso, 53 (29,4%) participantes utilizavam pasta de resina; 21 (11,7%), o cinto; 12 (6,7%), o pó de resina; 7 (3,9%), o protetor cutâneo. Quanto à irrigação intestinal, duas pessoas realizavam o procedimento.

Os cuidados com a estomia eram realizados em sua totalidade por 110 (61,1%) participantes, 40 (22,2%) o faziam de forma parcial, e 30 (16,7%) não assumiam o cuidado. Dos participantes, 107 (59,4%) eram os responsáveis pela troca da própria bolsa coletora, e 73 (40,6%) dependiam do cuidador. A higienização da bolsa era efetivada por 140 (77,8%) participantes, e os outros 40 (22,2%) dependiam do cuidador.

No tocante à avaliação periódica da estomia, 133 (73,9%) participantes passaram pela avaliação, e 47 (26,1%) não. O enfermeiro foi o responsável pela avaliação em 131 (72,8%); o médico, em 4 (2,2%); e 45 (25,0%) participantes não foram avaliados.

6 DISCUSSÃO

A estomia de eliminação, quando é confeccionada respeitando o rigor da técnica cirúrgica e a localização é adequada, pode melhorar drasticamente a qualidade de vida do paciente. Pacientes com uma estomia em bom funcionamento podem ter reabilitação precoce e retornar a uma vida próxima da normal com muito poucas restrições de estilo de vida. Por outro lado, quando um paciente desenvolve complicações relacionadas à sua estomia, o impacto em sua saúde física, mental e social pode ser irreparável (KRISHNAMURTY, et al., 2017).

Os profissionais de saúde envolvidos na criação ou no cuidado da estomia devem ter conhecimento básico e atualizado sobre o manejo da estomia e de suas complicações. O local inadequado da estomia, manejo incorreto da estomia e presença de complicações levam à diminuição da qualidade de vida das pessoas com estomia (TSUJINAKA, *et al.* 2020).

O estudo realizado identificou alta prevalência (72,2%) de pacientes com complicações na estomia e pele ao redor, considerando que, dos 180 pacientes avaliados, 130 desenvolveram esse agravo. As complicações tiveram associação com sexo masculino, menor tempo de confecção da estomia e o câncer como causa da cirurgia. Alguns pacientes apresentaram mais de um tipo de complicação no momento da avaliação, tendo a dermatite a maior ocorrência (49%), seguida de hérnia (6%), prolapso (6%), retração (5%) e granuloma (4%). As complicações citadas, exceto a dermatite, são classificadas como tardias, entretanto apenas 23,4% dos pacientes tinham a estomia há mais de 30 dias.

Em estudo realizado com 345 pessoas, algumas complicações relacionadas à estomia foram semelhantes. As mais comuns foram a hérnia, a retração, a necrose, a infecção, o prolapso, a estenose, a fístula e a obstrução do intestino delgado. Essas complicações foram mais comuns nas colostomias, exceto a obstrução do intestino delgado, que foi mais prevalente nas ileostomias (HARRIS, *et al.*, 2005). Nesse mesmo trabalho, foi constatado que as colostomias em alça tiveram a maior taxa de complicações de todas as configurações de estomia.

Investigação realizada com 1.076 pacientes identificou 1.055 complicações relacionadas à estomia intestinal, registradas em 797 pacientes, caracterizando que alguns pacientes tiveram mais de um tipo de complicação. A análise univariada identificou o sexo masculino, a cirurgia de emergência, a cirurgia aberta e a criação de ileostomia como fatores de risco para complicações (AROLFO, *et al.*, 2018), sendo que alguns constam no presente

estudo. A análise multivariada confirmou o sexo masculino e a criação de ileostomia como fatores de risco (AROLFO, *et al.*, 2018).

A necrose presente na fase pós-operatória foi forte e significativamente associada à criação de estomia de emergência (HARRIS, *et al.*, 2005). Contudo, a taxa de complicações não foi significativamente diferente entre os pacientes submetidos à cirurgia eletiva e aqueles submetidos à cirurgia de emergência em outro estudo realizado. Todavia, as taxas de complicações iniciais da estomia foram maiores em pacientes com câncer, submetidos à confecção de colostomias; e o local da estomia foi um fator de risco independente para o desenvolvimento de complicações (KOC, *et al.*, 2017).

Em estudo realizado por meio da análise retrospectiva dos prontuários de 462 pacientes que passaram por estomia na Clínica de Cirurgia Gastroenterológica do Hospital de Ensino e Pesquisa da Turquia, 131 (28,4%) desenvolveram complicações. As complicações precoces, ou seja, aquelas que ocorreram dentro de 30 dias após a cirurgia, foram a separação mucocutânea superficial (19,5%) e retração (3,2%) (KOC, *et al.*, 2017). Na análise univariada, o câncer, a criação de uma colostomia e a localização da estomia no quadrante inferior esquerdo foram fatores estatisticamente significantes para ocorrência da complicação, sendo que apenas a localização da estomia foi um fator de risco independente para o desenvolvimento de uma complicação (KOC, *et al.*, 2017).

O índice de massa corporal superior a 30 kg/m^2 foi significativamente associado ao desenvolvimento de complicações na análise multivariável de um estudo realizado em um hospital geral distrital no Reino Unido. Foram avaliados 202 pacientes submetidos à construção de uma estomia. Ocorreram 69 complicações (34,2%) no pós-operatório precoce (mediana 12 meses), entre as quais a retração foi a mais comum (30,4%) (HARILINGAM, *et al.*, 2017). Outro estudo também constatou que as colostomias, o comprimento curto do estoma, o índice de massa corporal superior a 30 kg/m^2 , a cirurgia de emergência e a falta de demarcação pré-operatória foram associados a riscos aumentados de complicações (PARMAR, *et al.*, 2011).

A demarcação pré-operatória do local para a exteriorização da estomia deve ser considerada para reduzir o risco dessas complicações (KOC, *et al.*, 2017), entretanto os pacientes do estudo realizado não passaram pelo processo de demarcação prévia à cirurgia. A demarcação pré-operatória do local da estomia desempenha um papel protetor na ocorrência de complicações (AROLFO, *et al.*, 2018). Diante desse fato, é imprescindível que os pacientes sejam demarcados no pré-operatório, por um enfermeiro estomaterapeuta, em todas as instituições hospitalares.

Dados epidemiológicos a respeito de complicações disponíveis nas bases de dados são escassos. Os estudos encontrados sobre a temática apresentam alto nível de heterogeneidade, de modo que limitam a precisão sobre a verdadeira incidência de cada complicação relacionada à estomia (MALIK, *et al.*, 2018) e dificultam a comparação entre os achados de diversos estudos.

A complicação com a maior prevalência no presente estudo foi a dermatite (72,2%), seguida de hérnia e prolapso (10%), retração (7,6%) e granuloma (5,6%). Dentre os agravos cutâneos periestomais, as dermatites de contato irritativas são as complicações mais comuns para as pessoas com estomias (STEINHAGEN, *et al.*, 2017). Revisão sistemática com amostra de 18 estudos envolvendo 1.009 pacientes encontrou incidência de complicações relacionadas à estomia que variou de 2,9% a 81,1%. As complicações cutâneas periestomais foram as mais comuns. A colostomia terminal teve a maior incidência, seguida pela colostomia em alça e ileostomia em alça (MALIK, *et al.*, 2018).

No estudo, a dermatite apresentou significância estatística com o autocuidado, tipo de estomia, consistência e padrão de eliminação do efluente. Esses fatores podem ser mitigados com orientações específicas para o seu manejo.

Destaca-se que 92,8% dos participantes do estudo utilizavam o equipamento coletor drenável; 85,6% desses equipamentos tinham a base recortável; e a troca ocorria diariamente em 45,6% dos casos. Essas características dos equipamentos coletores suscitam reflexão sobre o manuseio correto em relação aos cuidados com a troca. Vale destacar que um bom cuidado com a estomia é possível em um ambiente com poucos recursos (STEINHAGEN, *et al.*, 2017).

O uso inadequado dos equipamentos coletores pode levar a uma complicação dermatológica, mais precisamente pelo recorte excessivo do orifício da barreira protetora em relação à estomia, deixando a pele exposta à ação do efluente; ou pela indicação inadequada do equipamento (FREITAS, *et al.*, 2018).

Enfermeiros estomaterapeutas são recursos inestimáveis para pacientes e provedores de estomia. Inclusive, algumas intervenções simples podem prevenir ou resolver as complicações periestomais mais comuns (STEINHAGEN, *et al.*, 2017) — por exemplo, as dermatites, principalmente a irritativa. Essa complicação requer estratégias que impeçam o contato do efluente com a pele. São medidas efetivas para se evitar a dermatite irritativa: o recorte da base adesiva da bolsa coletora com o diâmetro e formato da estomia; e a troca do equipamento coletor antes da ocorrência de vazamentos e descolamentos.

O diâmetro da estomia é uma característica determinante para a escolha do equipamento coletor: com base nessa medida, se estabelece o tamanho da base adesiva a fim

de conferir adequada fixação e proteção da pele periestomal, prevenindo o descolamento da placa e reduzindo o desenvolvimento de dermatites e outras complicações (DANTAS, *et al.*, 2017).

Em estudo realizado com 207 pacientes que tiveram acompanhamento regular da enfermeira estomaterapeuta, a prevalência de complicações cutâneas periestomais foi baixa. As cirurgias de emergência ocorreram entre os pacientes com colostomia e protrusão menores ou inferiores a 5 mm. O uso de convexidade foi significativamente mais comum entre pacientes com protrusão da estomia inferior a 5 mm do que em pacientes com estomias superiores a 5 mm (CARLSSON, *et al.*, 2016).

Neste estudo, a maioria dos pacientes possuía estomia com diâmetro de 26 mm a 40 mm e protrusão de 1,1 mm a 3,0 mm. De acordo com outros estudos, quando a estomia é protrusa, tem uma boca, localiza-se no flanco inferior esquerdo, possui formato redondo e regular, isso beneficia a qualidade de vida e o conforto do paciente, pois o equipamento coletor é adaptado com facilidade, favorecendo a integridade da pele e sua durabilidade e evitando vazamentos do efluente (BARBOSA, *et al.*, 2014).

A educação pré-operatória e pós-operatória do paciente facilita sua independência nos cuidados com a estomia e na retomada das atividades normais. Os profissionais de saúde devem ter habilidades básicas e conhecimento atualizado sobre o manejo de estomias e suas complicações, para atuarem como os primeiros gerenciadores de crises da pessoa com estomia (TSUJINAKA, *et al.* 2020).

As estomias intestinais são necessárias em várias doenças do cólon e do reto e representam uma mudança importante na vida diária dessas pessoas (STEINHAGEN, *et al.*, 2017).

O câncer de colón e reto é a segunda maior causa de câncer no Brasil, sendo o câncer de próstata a maior causa no sexo masculino; e mama, no feminino — de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, Brasil, 2020). No estudo realizado, o câncer de colón, reto e canal anal foi a principal causa que levou à confecção de uma estomia, seguida da obstrução intestinal.

O tipo de estomia confeccionada em maior frequência foi a colostomia do tipo terminal (50,6%) e temporária (57,2%), pois tem relação com os procedimentos cirúrgicos realizados para o tratamento do câncer colorretal, sendo o mais comum a cirurgia de Hartmann (OLIVEIRA, *et al.*, 2018), quando os esfíncteres anais são preservados. A colostomia é realizada quando o tumor comprime a alça intestinal provocando obstrução e

pode ser realizada também quando grande parte do intestino é removida (FREITAS, *et al*, 2018).

O autocuidado total foi relatado pela maioria dos pacientes (61,1%), sendo que muitos ainda não o realizam, deixando para familiares ou cuidadores. A capacidade de realização do autocuidado deve ser avaliada com base nas habilidades do paciente. A ação da enfermagem nesse processo é de, a todo o momento, buscar subsídios que favoreçam o planejamento do ensino para a pessoa com estomia e sua família (ANDRADE, *et al*, 2017).

Após a confecção de uma estomia, a pessoa passa por um período de adaptação, necessitando de cuidados específicos para encorajá-la na integração do seu estado de vida às suas atividades diárias. Essa condição é capaz de desencadear diversas complicações, provocando consequências tanto físicas quanto psicológicas, dentre as quais estão a atenção à alimentação, o uso de equipamento adequado e os cuidados com a higiene (JACON, *et al*, 2018).

Cuidados com a troca do equipamento coletor fazem parte do processo de reabilitação, uma vez que o indivíduo conhece e exerce as técnicas com o intuito de prevenir complicações e promover conforto e segurança. Os cuidados com a higienização e troca de bolsas coletoras são importantes para garantir a integridade da pele e prevenir infecções (NASCIMENTO, *et al*, 2011).

O profissional de enfermagem atua como facilitador no processo de aceitação da pessoa com estomia à nova forma de eliminar os efluentes e ensina a reconhecer os sinais de complicações, promovendo o desenvolvimento do autocuidado (FEITOSA, *et al*, 2019). No estudo, observou-se que os pacientes foram à avaliação periódica, tendo sido atendido pelo profissional enfermeiro em sua grande maioria; porém, um número significativo de pessoas não compareceu (26,1%). É durante essa avaliação que os equipamentos coletores e adjuvantes existentes no mercado são apresentados nos mínimos detalhes aos pacientes e lhes é explicado o uso correto destes, já que, com o passar do tempo, eles podem requerer modificações com vistas à resolutividade das dermatites (FREITAS, *et al*, 2019).

Outro aspecto relatado nos estudos está relacionado ao gênero da pessoa com estomia, o que pode influenciar a adaptação, uma vez que as mulheres tendem a demandar menos tempo para a reabilitação. Os homens, principalmente os que desenvolvem impotência sexual, demoram um tempo maior para retomar sua qualidade de vida e apresentam dificuldades no autocuidado, deixando-o para familiares e/ou cuidadores (FREITAS, *et al*, 2019). As complicações tanto precoces quanto tardias dificultam esse autocuidado, demandam adaptações da bolsa coletora e uso de adjuvantes que dificultam a reabilitação do estomizado.

O autocuidado para a pessoa com estomia é sinônimo de independência e diminuição do sentimento de invalidez. O aprendizado do autocuidado deve ocorrer de modo lento e contínuo, estimulando a autonomia do paciente, que ocorre por meio das ações do enfermeiro estomaterapeuta ou de enfermeiro capacitado para a realização dessa reinserção (JACON, *et al*, 2018).

O enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado é o profissional que, durante a avaliação, atua como o facilitador no processo de aceitação da pessoa com estomia. Ele ensina a reconhecer os sinais de complicações, o cuidado com a pele e estomia, indica a bolsa coletora ideal, ajuda na reinserção da pessoa às atividades de vida diária e auxilia no desenvolvimento do autocuidado, levando, assim, a pessoa com estomia a ter uma qualidade de vida adequada ao novo padrão de eliminação.

O estudo realizado apresentou limitações, como o tipo de amostra utilizada, que foi a de conveniência, para a qual foram selecionadas somente as pessoas que estavam cadastradas no programa de estomizados dos serviços analisados, sendo que o tempo para avaliação das complicações pelos pesquisadores foi de apenas de quatro meses. Outra limitação apresentada foi a escassez de estudos relacionados à temática de complicações relacionadas às estomias, com a dificuldade de comparação entre os achados nos diversos estudos analisados.

7 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo confirmaram que a prevalência global de complicações na estomia e pele ao redor foi elevada, com destaque para a dermatite, hérnia paracolostômica e prolapso. A presença da dermatite é influenciada pelo tipo de estomia, consistência e padrão de eliminação do efluente e interfere na realização do autocuidado.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rosane Sousa de; MARTINS, Jéssica Martinelli; MEDEIROS, Lays Pinheiro de; SOUZA, Amanda Jéssica Gomes de; TORRES, Gilson de Vasconcelos; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes. **Aspectos sociodemográficos, clínicos e de autocuidado de pessoas com estomas intestinais**. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2017; p.3. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.19368>.

AROLFO, S.; BORGIOTTO, C.; BOSIO, G.; et al. **Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications**. Tech Coloproctol. v.22, p.683-87, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10151-018-1857-3>

BARBUTTI, R. C. S.; SILVA, M. C. P.; ABREU, M. A. L. **Ostomia, uma difícil adaptação**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v.11, n.2, p. 27-39, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 de setembro de 2020.

CARLSSON, E.; FINGREN, J.; HALLÉN, A. M.; PETERSÉN, C.; LINDHOLM, E. **The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study**. Ostomy Wound Manage. v.62, n.10, p.34-48, 2016.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; POGGETTO, M. T. D. **A estomia mudando a vida: enfrentar para viver**. Revista Mineira de Enfermagem, v.17, n.2, p. 258-267, 2013. Acesso em 13 de setembro de 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130021>

COSTA, Juliana Maximo da; RAMOS, Raquel de Souza; SANTOS, MANASSÉS Moura dos; SILVA, Daniela Ferreira da; GOMES, Thays da Silva; BATISTA, Renata Queiroz. **Complicações do estoma intestinal em pacientes em pós-operatório de ressecção de tumores de reto**. Revista Enfermagem Atual | 2017; Edição especial.

CRUZ, Geraldo Magela Gomes da; CONSTANTINO, José Roberto Monteiro; CHAMONE, Bruno Cunha; ANDRADE, Mônica Mourthé de Alvim; GOMES, Daniel Martins Barbosa Medeiros. **Complicações dos Estomas em Câncer Colorretal: Revisão de 21 Complicações em 276 Estomas Realizados em 870 Portadores de Câncer Colorretal**. Revista Brasileira Coloproctologia, vol. 28, n. 1, 2008.

DANTAS, Fernanda Gomes; SOUZA, Amanda Jéssica Gomes de; MELO, Gabriela de Sousa Martins; FREITAS, Luana Souza; LUCENA, Silvia Kalyma Paiva; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes. **Prevalência de complicações em pessoas com estomias urinárias e intestinais**. Revista Enfermagem Atual | 2017; 82

DINIZ, IV; BARRA, IP; SILVA, MA; OLIVEIRA, SHS; MENDONÇA, AEO; SOARES, MJGO. **Perfil epidemiológico de pessoas com estomias intestinais de um centro de referência ESTIMA**, Braz. J. Enterostomal Ther., 2020, 18: e2620. https://doi.org/10.30886/estima.v18.929_PT

FEITOSA, Y. S.; et al. **Patient's real necessity: perception of people with intestinal stomas about factors associated with complications**. Revista Enfermagem Referência, Coimbra, vol. Série IV, n.22, p.63-71, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19025>.

FREIRE, D.A., ANGELIM RCM; SOUZA NR; BRANDÃO BMGM; TORRES KMS; SERRANO SQ. **Autoimagem e autocuidado na vivencia de pacientes estomizados: o olhar da Enfermagem**. REME – Revista Mineira de Enfermagem. 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170029.

FREITAS, JPC; BORGES, EL; BODEVAN, EC. **Caracterização da clientela e avaliação de serviço de atenção à saúde da pessoa com estomia de eliminação**. Estima, Braz. J. Enterostomal Ther., 16: e0918. DOI: 10.30886/estima.v16.402_PT.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA FILHO, R. S., FERREIRA, L. M. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira. Volume 20, número Supl. 2, p. 2-9, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.

HARILINGAM, M.; SEBASTIAN, J.; TWUM-BARIMA, C; et al. **Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period**. ANZ Journal of Surgery. v.87, n.10, p.:E116-E120, 2017. DOI: 10.1111/ans.13397.

HARRIS, D. A.; EGBEARE, D.; JONES, S.; BENJAMIN, H.; WOODWARD, A.; FOSTER, M. E. **Complications and mortality following stoma formation**. Ann R Coll Surg Engl. v.87, n.06, p.427-31, 2005.

JACON, João Cesar; OLIVEIRA, Roberta Lauani Dermindo de; CAMPOS, Giselda Aparecida Moura Castro. **Viver com estomia intestinal: autocuidado, sexualidade, convívio social e aceitação**. CuidArte, Enfermagem ; 12(2): 153-159, jul.-dez. 2018.

KRISHNAMURTY, D. M.; BLATNIK, J.; MUTCH, M. **Stoma Complications**. Clinic Colon Rectal Surg. v.30, n.3, p.193-200, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1598160.

KOC, U.; KARAMAN, K.; GOMCELI I.; et al. **A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications**. Ostomy Wound Management. v.63, n.1, p.28-32. 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28112647/>).

KWIATT, M.; KAWATA, M. **Avoidance and management of stomal complications**. Clin Colon Rectal Surg. v.26, n.2, p.112-21, 2013. DOI: 10.1055/s-0033-1348050.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.12, n.4, p.189-201, 2003. Acesso: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>.

LIRA JAC, BEZERRA SMG, OLIVEIRA AC, ROCHA DM, SILVA JS, NOGUEIRA LT. **Custos de equipamentos coletores e adjuvantes em pacientes com estomias de eliminação**. REME – Revista Mineira de Enfermagem. 2019; 23:e-1163. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1163.pdf> DOI: 10.5935/1415-2762.20190011.

MALIK, T.; LEE, M. J.; HARIKRISHNAN, A. B. **The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials**. Ann R Coll Surg Engl. v.100, n.7, p.501-508, 2018. DOI: 10.1308/rcsann.2018.0126.

MORAES P. C., MARTINS, E. R. C., SPINDOLA, T., COSTA, C. M. A., ALMEIDA, J. S. M., ROCHA, F. C. S. **Autocuidado por homens com derivações urinárias**. Revista Enfermagem UERJ. v.28, p.55018, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.55018>.

MOURÃO JÚNIOR, C. A. **Questões em bioestatística: o tamanho da amostra.** Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais [Internet]. v.1, n.1, p.26-28, 2009. Disponível em: <http://riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/viewFile/545/494>.

NASCIMENTO, C. M. S. et al. **Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem. v. 20, n. 3, p. 557-564, 2011. DOI.org/10.1590/S0104-07072011000300018.

OLIVEIRA IV, SILVA MC, SILVA EL, FREITAS VF, RODRIGUES FR, CALDEIRA LM. **Cuidado e saúde em pacientes ostomizados.** Revista Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza, 31(2): 1-9, abr./jun., 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7223.

PARMAR, K. L. et al. **A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network.** Colorectal Dis. v.13, n.8, p.935-938, 2011.

SALOME, G. M.; ALMEIDA, S. A.; SILVEIRA, M. M. **Qualidade de vida e autoestima de pacientes com estomia intestinal.** Jornal de Coloproctologia, v. 34, n.4, p.231-239. 2014. DOI: org/10.1016/j.jcol.2014.05.009

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia.** 2. Edição. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2015. Bibliografia: 311- 359. ISBN 978-85-388-0630-1.

SILVA, E. S.; CASTRO, D.S; GARCIA, T. R.; ROMERO, W. G.; PRIMO, C. C. **Tecnologia do cuidado à pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem.** REME – Revista Mineira de Enfermagem. v.20, p.e931, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160001

SILVA, N. M.; et al. **Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.25, e2950, 2017. DOI: org/10.1590/1518-8345.2231.2950

SOUZA, M.; MORAES, A.; BALBINO, C.; SILVINO, Z.; TAVARES, C.; PASSOS, J. **Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, v.4, p.49-56, 2016.

STELTON, Susan; ZULKOWSKI, Karen; AYELLO, Elizabeth A. **Practice Implications for Peristomal Skin Assessment and Care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline.** *Advances in skin & wound care* & June, 2015.

SUSANTY, S.; RANGKI L. **Changes and adaptation patient post colostomy.** *IOSR Journal of Nursing and Health Science.* v. 5, n.6, p. 123-129, 2016. DOI: 10.9790/1959-050601123129

TSUJINAKA, S.; TAN, K. Y.; MIYAKURA, Y.; FUKANO, R.; OSHIMA, M.; KONISHI, F.; RIKIYAMA, T. **Current management of intestinal stomas and their complications.** *Journal of the Anus, Rectum and Colon.* v.4, n.1, p.25-33, 2020.

VINHAS, Maria Sofia Alves. **Complicações das ostomias urinárias e digestivas. Mestrado integrado em medicina.** Faculdade de Medicina Universidade do Porto (FMUP), abril/2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream>.

APÊNDICE A: Instrumento de Coleta de Dados

Pesquisa: Prevalência e caracterização das pessoas com estoma de eliminação residentes nos diversos municípios do Brasil

Entrevistador(a): _____

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: () feminino () masculino

Procedência (UF): _____

Data da realização da estomia (mês/ano): ____ / ____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Doença/agravo que levou à cirurgia de estomia: _____

Tipo de cirurgia da estomia: _____

Tratamentos adjuvantes-neoadjuvantes: () QT () RT () Ambos

CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA E DA PELE

Tipo: () ileostomia () colostomia () urostomia

Permanência: () definitivo () temporário

Localização: () flanco superior D () flanco inferior D
() flanco superior E () flanco inferior E

Nº de bocas: () uma / terminal () duas
() uma / terminal-Hartmann

Diâmetro: _____ (mm)

Formato: () regular () irregular () redondo () oval

Protrusão: _____ (mm)

Nível: () retraído () plano () protruso () prolapso

Pele ao redor: () íntegra () eritematosa () dermatite

Complicações: () retração () prolapso () granuloma () hérnia () dermatite () outra _____

CARACTERÍSTICAS DO EFLUENTE

Consistência: () líquida () semipastosa
() pastosa () formada

Padrão de eliminação (vezes/dia): () 1 () 2 () 3
() de 4 a 5 () inúmeras

Formação de flatos: () sim () não

Odor desagradável: () sim () não

CARACTERÍSTICAS DO DISPOSITIVO E ADJUVANTE

Tipo: () drenável () não drenável
() uma peça () duas peças

Base: () pré-cortada () recortável

Diâmetro (mm): ____

Apropriado: () sim () não

Trocas (por semana): _____

Adjuvante: () cinto () pasta de resina () pó de resina () protetor cutâneo () outro _____

AUTOUIDADO/ASSISTÊNCIA

Capacidade de autocuidado: () total () parcial
() ausente

Se parcial ou ausente, motivo: _____

Troca do dispositivo: () paciente () cuidador

Higienização do dispositivo: () paciente () cuidador

Avaliação periódica da estomia pelo profissional: () sim () não

Responsável pela avaliação periódica da estomia: () enfermeiro () médico () nenhum

Recebimento do dispositivo apropriado: () sim () não

Recebimento da quantid. necessária: () sim () não

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a),

Eu, Eline Lima Borges, professora da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora responsável, convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa **Prevalência e caracterização das pessoas com estoma de eliminação residentes nos diversos municípios do Brasil**, que tem os objetivos de identificar a prevalência de pessoas com estoma de eliminação e caracterizar os estomizados residentes nos municípios pesquisados quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas.

Esclareço que a pesquisa envolve entrevista e avaliação física com ênfase no estoma e pele ao redor, que pode apresentar como possíveis riscos para a sua saúde física ou emocional o desconforto ou constrangimento ao responder algumas perguntas e ao se submeter à avaliação física do estoma, da pele periestomal e do dispositivo coletor, o qual será retirado e substituído por outro sem acarretar ônus para você. Para isso, será necessário utilizar de 30 a 40 minutos do seu tempo.

Sua participação é voluntária, ou seja, não é obrigatória, e não haverá remuneração por ela. Você também não será penalizado caso decida não consentir sua participação, ou desistir dela. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas por você. Não haverá forma alguma de identificá-lo durante as etapas da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste documento.

Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados para a diretora do Centro de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (CEPRED) e poderão instrumentalizar os gestores e os profissionais na organização dos serviços especializados de atenção à saúde na reabilitação precoce e menos traumática dessas pessoas com estoma de eliminação, além de otimizar a utilização dos recursos materiais já disponíveis. Os resultados também serão disponibilizados em eventos e publicação científica.

Este documento é uma exigência do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o COEP

UFMG (coep@prpq.ufmg.br / telefone: 31 3409-4592).

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do pesquisador e outra do participante.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Diante dos esclarecimentos recebidos, eu, _____, Identidade nº _____, concordo em participar, por livre e espontânea vontade, da pesquisa “Prevalência e caracterização das pessoas com estoma de eliminação residentes nos diversos municípios do Brasil”, de autoria da Dra. Eline Lima Borges, professora da Universidade Federal de Minas Gerais. Declaro ter sido informado(a) e que entendi as condições sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e procedimentos de coleta de dados. Declaro, também, estar ciente de que este projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG. Estou ciente de que posso me retirar do estudo a qualquer momento e que o desenvolvimento da pesquisa pode acarretar dados do meu conhecimento e terei que disponibilizar de 30 a 40 minutos do meu tempo para ser avaliado e responder as perguntas do questionário. Diante do exposto, aceito que os dados coletados sejam divulgados e utilizados para a organização dos serviços do município e fins científicos, sendo resguardado sigilo sobre minha identidade. Declaro que aceito participar da pesquisa ciente de que não serei remunerado por essa participação.

_____, _____ de _____ de _____.
Local Data

Assinatura

Assinatura do Representante

Contatos:

Prof^a Eline Lima Borges: (31) 3409-9177 / eborges@ufmg.br

Acesso ao currículo: <http://lattes.cnpq.br/613166312450655>

COEP/UFMG: (31) 3409-4592 / E-mail:

coep@prqp.ufmg.br

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade

Administrativa II - 2º andar. Campus Pampulha.

Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270-9

Obs: Emitir duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisado.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 49807115.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Eline Lima Borges
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de novembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "Prevalência e caracterização das pessoas com estoma de eliminação residentes em vários municípios do Brasil" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG