

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GUILHERME LAGOEIRO MORAES

**PREVALÊNCIA DE ESTOMIZADOS DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS
GERAIS E CARACTERIZAÇÃO DOS ESTOMIZADOS DE UMA MICRORREGIÃO**

Belo Horizonte

2018

GUILHERME LAGOEIRO MORAES

**PREVALÊNCIA DE ESTOMIZADOS DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS
GERAIS E CARACTERIZAÇÃO DOS ESTOMIZADOS DE UMA MICRORREGIÃO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista Enfermagem em Estomaterapia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eline Lima Borges

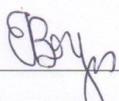
Belo Horizonte

2018

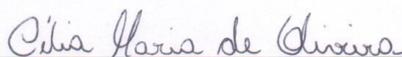
GUILHERME LAGOEIRO MORAES

**“PREVALÊNCIA DE ESTOMIZADOS DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS GERAIS E
CARACTERIZAÇÃO DOS ESTOMIZADOS DE UMA MICRORREGIÃO”**

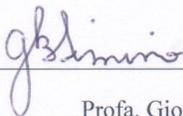
BANCA EXAMINADORA :



Profª. Eline Lima Borges



Profª. Célia Maria de Oliveira



Profª. Giovana Paula Rezende Simino

Aprovada em 27 de fevereiro de 2018.

Belo Horizonte

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Moraes, Guilherme Lagoeiro

Prevalência de Estomizados de um Município do Norte de Minas Gerais e Caracterização dos Estomizados de uma Microrregião [manuscrito] / Guilherme Lagoeiro Moraes. - 2018.

51 p. : il.

Orientadora: Eline Lima Borges.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

1.Prevalência. 2.Perfil de saúde. 3.Estomas cirúrgicos.
4.Cuidados de Enfermagem. I.Borges, Eline Lima. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

RESUMO

Saber quem são as pessoas com estoma de eliminação que demandam o uso de dispositivo coletor e a realidade vivenciada pelas mesmas é essencial para reformulação dos serviços com vistas na reabilitação precoce destas pessoas. **Objetivos:** estimar a prevalência de pessoas com estoma de eliminação atendidas pelo Sistema Único de Saúde de um município do Norte de Minas Gerais (MG) e caracterizar os pacientes com estoma de eliminação cadastrados em um serviço especializado da rede pública de saúde de uma microrregião desta região. **Método:** trata-se de um estudo observacional tipo transversal, realizado em uma microrregião do norte de MG formada por cinco municípios. A amostra foi de 30 participantes cadastrados no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada II da referida microrregião que atenderam aos critérios de inclusão. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a prevalência de pessoas estomizadas do município foi 1,6/ 10.000 habitantes. Quanto à caracterização, 50,0% eram colostomizados, 56,7% do sexo masculino, 76,7% adultos, 66,7% não estavam aposentados, 46,7% tinham renda de até 2 salários mínimos, 94,0% apresentaram capacidade para realizar o autocuidado. O câncer foi a principal causa do estoma e a depressão a doença associada. Em relação aos estomas, 74,2% eram definitivos, 67,7% tinham formato regular e redondo, 71,0% protusos, 83,9% estavam no quadrante inferior, com 2 a mais de 5 eliminações ao dia. **Conclusão:** a prevalência é considerada baixa e pode ter relação com a subnotificação do registro. A caracterização dos participantes poderá servir de referência para os profissionais e gestores planejarem a assistência e desenvolverem as políticas de saúde que atendam às demandas desta população.

Descritores: Estomas cirúrgicos. Colostomia. Ileostomia. Derivação urinária. Prevalência. Perfil de saúde. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Knowing who are people with a stoma of elimination that demand the use of a collecting device and the reality experienced by them is essential for reformulation of the services with a view to the early rehabilitation of these people. **Objectives:** To estimate the prevalence of people with stoma of elimination attended by the Unified Health System of a municipality in the North of Minas Gerais (MG) and to characterize the patients with elimination stoma enrolled in a specialized service of the public health network of a microregion of this region. **Method:** This is an observational cross-sectional study, carried out in a micro-region of northern MG, formed by five municipalities. The sample consisted of 30 participants enrolled in the Health Care Service of the Ostomized Person II of the referred micro-region that met the inclusion criteria. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The prevalence of stomized people in the city was 1.6 / 10,000 inhabitants. Regarding the characterization, 50.0% were colostomized, 56.7% were males, 76.7% were adults, 66.7% were not retired, 46.7% had income of up to 2 minimum wages, 94.0% presented ability to perform self-care. Cancer was the main cause of the stoma and the associated disease depression. Regarding stomas, 74.2% were definitive, 67.7% were regular and round, 71.0% were protruding, 83.9% were in the lower quadrant, with two to more than five eliminations per day. **Conclusion:** The prevalence is considered low and may be related to underreporting of the registry. The characterization of the participants can serve as a reference for professionals and managers to plan care and develop health policies that meet the demands of this population.

Descriptors: Surgical stomas. Colostomy. Ileostomy. Urinary diversion. Prevalence. Health profile. Nursing care.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra do estudo. Belo Horizonte, 2017 (n=30).	24
Tabela 2: Características dos estomas de eliminação da amostra. Belo Horizonte, 2017 (n=31)	26
Tabela 3: Características do efluente e dispositivo coletor utilizados pelos participantes do estudo, Belo Horizonte, 2017 (n=31)	27
Figura 1: Causas da confecção do estoma dos participantes do estudo. 2017.....	25
Figura 2: Doenças associadas apresentadas pelos participantes do estudo. 2017.....	26

LISTA DE SIGLAS

ADN: ácido desoxirribonucleico

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

APC: *Adenomatous Gen Coli*

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CIB/SUS/MG: Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia Saúde da Família

GIST: Tumores estomais gastrointestinais

GM/MS: Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IOA: *International Ostomy Association*

MG: Minas Gerais

SASPO: Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada

SES-MG: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo Consentimento Livre Esclarecido

TNM: T=Tumor, N=Linfonodo, M=Metástases

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	MÉTODO	20
4.1	Tipo de Estudo	20
4.2	Local do Estudo.....	20
4.3	População e Amostra	21
4.4	Crítérios de Inclusão.....	21
4.5	Coleta de Dados.....	21
4.6	Variáveis do Estudo.....	22
4.7	Análise dos Dados	22
4.8	Aspectos Éticos	23
5	RESULTADOS.....	24
6	DISCUSSÃO.....	29
7	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A: Instrumento de Coleta Dados	43
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
	ANEXO A – Plataforma Brasil.....	47
	ANEXO B - Aprovação da realização do estudo no município de Januária	51

1. INTRODUÇÃO

Os dados epidemiológicos, incidência e prevalência, de pessoas com estoma de eliminação (urinário e intestinal) são raros pelo fato dos estomas não serem doenças e sim, resultado de procedimentos cirúrgicos para a cura ou controle da doença. Os traumas provenientes da violência urbana também são causas da confecção dos estomas de eliminação. Portanto, a confecção do estoma não demanda registro em sistemas de dados ou órgãos oficiais.

A inexistência de dados epidemiológicos de pessoas com estoma não é realidade exclusiva do Brasil. A busca destes dados nas diversas bases de dados mantém-se infrutífera, como já era há dez anos, inclusive, publicação de dados de prevalência pontual referente aos municípios brasileiros (LUZ *et al.*, 2014). Esta situação persiste mesmo com a evolução tecnológica e com a organização da rede de assistência à pessoa com estoma de eliminação.

A Epidemiologia é um dos pilares da Saúde Pública, e como tal deve estar estreitamente incorporada às políticas, programas e serviços públicos de saúde. Os dados que a epidemiologia oferece ao Sistema Único de Saúde (SUS) são de extrema importância dentro das políticas de saúde descentralizadas, uma vez que as estatísticas locais permitem identificar populações e fatores de risco e combatê-los de maneira mais efetiva (FERREIRA, 2016).

No Brasil, a criação e o processo de fortalecimento e consolidação do SUS vêm permitindo a garantia da saúde como direito constitucional, e a Saúde Pública vem ampliando consideravelmente o seu espaço dentro desse sistema (FERREIRA, 2016).

Na atenção à saúde da pessoa com estoma de eliminação é considerado marco a Portaria n.400, publicada em 16 de novembro de 2009 pelo Ministério da Saúde. Ela estabelece diretrizes nacionais para a *Atenção à Saúde de Pessoas Estomizadas* no âmbito SUS, visando atender a todos os estomizados urinários e intestinais, que apresentem indicação para concessão de dispositivos coletores. Para a sua efetivação, o paciente beneficiário deve estar cadastrado em um *Serviço de Atenção à Pessoa Ostomizada* (SASPO) e ser submetido à avaliação clínica multiprofissional (BRASIL, 2009).

O SASPO I é o serviço que tem como atribuições prestar assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na

orientação para o autocuidado, na prevenção de complicações nos estomas e no fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

O SASPO deve dispor de equipe multiprofissional mínima composta de médico clínico, enfermeiro e assistente social; e de equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral ou especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de Reabilitação Física (BRASIL, 2009).

O SASPO II é o serviço que tem as mesmas atribuições do SASPO I, além de incluir o tratamento de complicações nos estomas e a capacitação das equipes dos demais serviços. A equipe multiprofissional, composta dos profissionais citados no SASPO I, também deve apresentar nutricionista e psicólogo (BRASIL, 2009).

Uma das atribuições dos profissionais vinculados aos SASPO é realizar ações de orientação, envolvendo cuidadores e pacientes, para o alcance do autocuidado, além de implementação de medidas de prevenção e tratamento de complicações nos estomas. Outras atividades de responsabilidade do SASPO contemplam o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais de diversos níveis de assistência (BRASIL, 2009).

Os SASPO têm a obrigatoriedade de realizar vistoria, acompanhamento, controle e avaliação do atendimento aos pacientes com estoma. Os profissionais e gestores vêm demonstrando uma preocupação com a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados a essa clientela (BRASIL, 2009).

A atenção secundária conta como pontos de atenção à saúde os Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, os Centros Especializados em Reabilitação (CER), e Ambulatório Geral de Especialidades, que têm atribuições distintas.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território; pode ser organizado das seguintes formas:

- CER composto de dois serviços de reabilitação habilitados - CER II
- CER composto de três serviços de reabilitação habilitados - CER III
- CER composto de quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV

Os CER credenciados na modalidade da reabilitação física devem ter o SASPO II

incorporado, com abrangência regional, observando-se as regras contidas na Portaria SAS/MS nº 400/2009 e na Portaria GM/MS nº 793/2012 (BRASIL, 2012).

Quando as pessoas residentes em uma microrregião do Norte Minas Gerais, composta por cinco municípios, passam a ter um estoma de eliminação são encaminhadas para o SASPO II de um dos municípios que compõem esta Microrregião. Este fato ocorre no período em que o paciente se encontra no pós-operatório tardio, isto é, após a alta hospitalar. O SASPO II faz parte do Centro Especializado em Reabilitação II. Neste serviço os pacientes com estoma recebem dispositivos coletores e orientações para o seu manejo.

As orientações são fornecidas por uma equipe multiprofissional, incluindo o enfermeiro, responsável pelo cadastro. Este profissional da saúde solicita a ficha de cadastro, que é encaminhada ao médico para o seu preenchimento. A seguir, o paciente é cadastrado no SASPO e encaminhado para uma consulta agendada com uma equipe composta de médico clínico geral, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e pelo assistente social. O paciente é acolhido, avaliado e instruído quanto ao autocuidado e reabilitação. Após estes procedimentos, o paciente da Microrregião é contra referendado para cidade de origem – quatro municípios –, onde não tem acesso ao acompanhamento mensal. Destaca-se que o envolvimento do enfermeiro na parte assistencial iniciou efetivamente em janeiro de 2018.

A referência do paciente para o SASPO II do Centro Especializado de Reabilitação II é realizada novamente quando o enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família de um dos municípios da Microrregião, ao fazer visita domiciliar, percebe alterações no estoma, na pele ao redor ou com o dispositivo.

Este modelo de organização de assistência à pessoa com estoma residente nesta Microrregião, composta por cinco municípios incluindo o Município sede, inviabiliza que os profissionais da rede de saúde e gestores dos Municípios e do SASPO II tenham informações a respeito do número exato de pacientes com estoma de eliminação, dos problemas apresentados e como vive essa clientela.

Devido a real situação de assistência à saúde nas cinco cidades, considerando a complexidade de assistência que envolve a pessoa com estoma e a falta de informações sobre a verdadeira realidade dos municípios da microrregião do norte de Minas Gerais (MG), fez-se necessário conhecer as pessoas com estoma atendidas no SASPO II e as características dessa clientela, considerando que este serviço iniciou o seu funcionamento no Centro Especializado

em Reabilitação II em novembro 2012 e até o ano de 2017 inexistia publicação de relatório oficial com estes dados.

Alguns dos principais desafios impostos ao SUS foi o desenvolvimento de mecanismos para o seu aperfeiçoamento gerencial e a capilarização das ações com vistas à promoção e atenção integral à saúde de modo efetivo para todos os segmentos da população, em especial os mais carentes. A busca de resultados tem intensificado a descentralização administrativa e financeira na direção dos estados e municípios, o que vem requerendo a incorporação da epidemiologia às práticas rotineiras dos serviços. Esse processo, cada vez mais, tem utilizado e requerido informações epidemiológicas em nível regional ou local, dos problemas de saúde existentes e dos seus determinantes, de modo a se delinear o perfil de necessidades de saúde, fundamental para o atendimento à diretriz de alcance da equidade em saúde (EPIDEMIOLOGIA NAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2005). Visando preencher mais uma lacuna do conhecimento, o estudo também buscou identificar a prevalência de pessoas com estoma do Município sede do SASPO II

O resultado desta pesquisa é importante para respaldar a elaboração de propostas para o atendimento integral ao estomizado dentro das dependências do Centro Especializado em Reabilitação II do Município do Norte de MG, além do estabelecimento de protocolos assistenciais visando à melhoria do cuidado prestado aos pacientes da Microrregião e do fortalecimento da referência e contra referência entre os municípios e o SASPO de referência para os mesmos. Estas ações são prementes considerando que o número de pessoas acometidas por câncer de cólon, reto e bexiga tende a aumentar o cadastrado de pessoas com estoma no SASPO. Além disso, os dados referentes às pessoas com estoma de eliminação que demandam o uso de dispositivo coletor e a realidade vivenciada pelas mesmas servirão para instrumentalizar os gestores e os profissionais vinculados ao SASPO II na reformulação do serviço especializado de atenção à saúde com vistas na reabilitação precoce e menos traumática destas pessoas, além de otimizar a utilização dos recursos materiais disponíveis.

2. OBJETIVOS

- Estimar prevalência de pessoas com estoma de eliminação atendidas pelo Sistema Único de Saúde de um Município do Norte de Minas Gerais.
- Caracterizar os pacientes com estoma de eliminação cadastrados em um serviço especializado da rede pública de saúde de uma microrregião da região citada.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Na prática clínica, os estomas de eliminação mais frequentes são as colostomias, ileostomias e urostomias (FERNANDES, 2011). Os estomas intestinais são feitos em alças com mobilidade e comprimento adequados, que facilitem sua exteriorização através da parede abdominal. Dessa maneira os segmentos mais apropriados para a confecção de um estoma intestinal são o íleo, o cólon transverso e o sigmoide (ROCHA, 2011). Estes estomas têm como principal finalidade o desvio da eliminação de fezes e gases. Os estomas urinários, por sua vez, são usualmente chamados de derivações urinárias e são confeccionados com o objetivo de preservar a função renal (BRASIL, 2009).

A confecção do estoma é resultado de complicações externas, como por exemplo, ferimento por arma branca e de fogo, acidente automobilístico ou de determinadas doenças que comprometem o intestino delgado, cólon, reto ou sistema urinário, principalmente bexiga e uretra. Diversas doenças podem acometer o cólon e o reto, gerando estoma temporário ou definitivo (BORGES, RIBEIRO, 2015).

No grupo das doenças inflamatórias intestinais, se destacam a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa inespecífica como causas da confecção do estoma. A doença inflamatória intestinal decorre de respostas imunes inadequadas da mucosa à microbiota intestinal normal. A distinção entre a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa baseia-se principalmente pelo local afetado do intestino e na expressão morfológica da doença. Ambas possuem maior incidência em brancos e nas mulheres após os 20 anos de idade, principalmente na África, América do Sul e Ásia (ROBINS, COTRAN, 2010).

Embora a etiologia das doenças inflamatórias intestinais não seja conhecida, existe a hipótese da predisposição genética, da desregulação de um antígeno ambiental, portanto, a retocolite ulcerativa e Crohn são consideradas doenças poligênicas (SCHOFFEN, PRADO, 2011).

Na doença de Crohn, dentre as causas mais prováveis estão: agentes infecciosos; fatores psicossomáticos; genéticos; imunológicos, e, ainda, fatores ambientais, principalmente aqueles relacionados com a dieta, sendo considerada, por muitos, como uma “doença do mundo

moderno”. A inflamação no intestino é descontínua e transmural, embora os locais mais comumente envolvidos sejam o íleo terminal, válvula ileocecal e o ceco. A lesão inicial, a úlcera aftosa, pode progredir, e lesões múltiplas podem se agrupar formando úlceras alongadas e serpentiformes. A ocorrência da estenose é comum, assim como as fissuras, que podem se tornar tratos fistulares ou locais de perfuração. O tratamento cirúrgico sempre que possível é postergado, optando pela abordagem conservadora. No entanto, após 10 anos do diagnóstico, aproximadamente 40% dos pacientes são submetidos a cirurgia. Na doença colônica extensa, inclusive do reto, o procedimento de escolha é proctocolectomia total com ileostomia de Brooke (SCHOFFEN, PRADO, 2011).

A retocolite ulcerativa inespecífica é uma doença difusa, com inflamação ulcerativa presente na mucosa e submucosa, limitada ao cólon e reto. A mucosa colônica envolvida pode estar levemente avermelhada e granular ou ter úlceras de base larga e extensas. A inflamação e os mediadores inflamatórios podem levar a dilatação colônica e ao megacólon tóxico. A opção para tratamento curativo da retocolite ulcerativa é a proctocolectomia total com uma anastomose bolsa ileal anal, com criação de estomia temporária ou permanente (SOUZA, *et al.*, 2002).

Uma das complicações decorrentes da longa duração das doenças inflamatórias e a mais temida é o desenvolvimento de neoplasia. No caso da retocolite ulcerativa, a perspectiva de longa duração depende da gravidade da evolução, pois geralmente é caracterizada por crises repetidas e remissões (SOUZA, *et al.*, 2002).

O câncer colorretal é o terceiro mais comum no Brasil e no mundo. A causa é desconhecida. Acredita-se em mutações genéticas herdadas e adquiridas. As condições predisponentes incluem obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, doença intestinal inflamatória, histórico familiar, síndromes hereditárias definidas, histórico pessoal de pólipos ou câncer colorretal, idade acima dos 50 anos, ser do sexo masculino e negro (BRASIL, 2017).

Os adenocarcinomas são a forma histológica predominante na maioria dos cânceres. Derivam do epitélio colunar de revestimento da mucosa colorretal, onde as alterações genéticas envolvidas na carcinogênese colônica seguem do epitélio normal, do adenoma tardio ao adenocarcinoma. Os tumores mais raros incluem os estromais gastrointestinais (GIST), neuroendócrinos, carcinoides, epidermoides, linfomas e sarcomas (BRASIL, 2003).

Há hipótese de agentes cancerígenos provocarem mutações genéticas específicas do ácido desoxirribonucleico (ADN) nuclear das células do epitélio intestinal, produzindo alterações do

material genético, que, a princípio, se manifestam por lesões inflamatórias inespecíficas que levará ao desenvolvimento de displasias de grau leve ou intenso e, finalmente, carcinoma *in situ* (BRASIL, 2003).

Diante da difícil adesão da população à mudança do estilo de vida é imprescindível a adoção de um método de rastreio eficaz para detecção precoce e remoção de lesões pré-malignas e de neoplasias em estágio inicial, visando reduzir a incidência e a mortalidade do câncer colorretal e os gastos despendidos com o tratamento no caso de uma neoplasia avançada. No entanto, ainda não há um consenso acerca de um método de rastreio altamente qualificado e utilizado mundialmente de maneira unânime. Os métodos diagnósticos mais citados para as pessoas assintomáticas são pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia. Para os sintomáticos, a colonoscopia é o mais indicado. Para o estadiamento, solicita-se uma radiografia simples do tórax e ultrassonografia ou tomografia (pélvico e abdominal), ressonância magnética da pelve ou ultrassonografia endorretal (SANTA HELENA *et al.*, 2017).

O estadiamento correto do câncer colorretal é de grande importância na determinação do prognóstico e da melhor estratégia terapêutica. O estadiamento anatomopatológico representa a variável prognóstica com mais forte correlação com o prognóstico em pacientes com câncer colorretal. O estadiamento do câncer colorretal baseia-se na informação referente à doença, avaliações dos resultados obtidos com os tratamentos propostos e prognóstico. O estadiamento é considerado como melhor indicador prognóstico. O estadiamento TNM (T=Tumor, N=Linfonodo, M=Metástases) é baseado no nível de penetração da parede intestinal, número de linfonodos comprometidos e presença ou não de metástases à distância (PRIOLLI *et al.*, 2007).

A ressecção cirúrgica é a principal modalidade de tratamento com finalidade curativa. O objetivo é a obtenção de margens negativas, além da remoção em bloco da peça do tumor com seu suprimento arterial e vasos linfáticos correspondentes. A maioria dos casos consegue-se interligar novamente as porções sadias do cólon ou reto. Em todos os tumores da porção baixa do reto muitas vezes é necessário a realização de uma colostomia temporária ou permanente. As principais cirurgias realizadas no tratamento do câncer colorretal são a amputação abdominoperineal do reto (Miles), retossigmoidectomia ou ressecção anterior do reto, ressecção local por via transanal, por acesso trans-sacral (Kraske) ou inter-esfinctérico (York-Mason), e as ressecções ampliadas (SILVA, ERRANTE, 2016).

O câncer colorretal é geralmente curável, entretanto, a recidiva locorregional é o principal

problema após tratamento cirúrgico do câncer retal e, comumente, determina a morte. Já no câncer colônico, o principal problema pós-cirúrgico é a metástase sistêmica (BRASIL, 2003).

Outra doença intestinal responsável pela construção de ileostomia temporária e definitiva é a polipose adenomatosa familiar, é caracterizada pelo aparecimento de centenas a milhares de pólipos adenomatosos no cólon e no reto, com progressão para carcinoma colorretal até à 4ª 5ª década de vida se estes doentes não forem submetidos a colectomia/proctocolectomia profilática

É uma doença autossômica dominante, com transmissão segundo as Leis de Mendell, não ligada ao sexo, que se caracteriza numa mutação genética no braço longo do cromossomo 5q21 em um gene denominado APC (*Adenomatous Gen Coli*) que vai acarretar na produção de uma proteína truncada, cuja função é atuar regulando a proliferação celular. Assim, pessoas com polipose adenomatosa familiar, usualmente, apresentam incontáveis pólipos no cólon e reto, bem como, podem apresentar manifestações extra-colônicas, que causam importante morbidade e mortalidade para os pacientes que tem essa doença (DANTAS *et al.*, 2009)

O diagnóstico da polipose adenomatosa familiar, feito por meio do teste genético, pode identificar a mutação em até 85% dos indivíduos afetados e é útil para a triagem familiar. A principal opção de tratamento para essa doença é a colectomia total com uma ileostomia convencional ou uma anastomose ileorretal com confecção de bolsa ileal (MARTINS, *et al.*, 2015)

O câncer da bexiga é a segunda neoplasia urológica maligna mais frequente, 90% dos quais são carcinomas de células de transição. No momento do diagnóstico inicial 75% dos doentes apresentam câncer da bexiga não músculo-invasor e 25% câncer da bexiga músculo-invasor. A cistectomia radical com linfadenectomia pélvica é o tratamento “padrão ouro”. No entanto, 25% dos doentes submetidos a cistectomia radical têm metástases ganglionares no momento da cirurgia. Além disso, a cistectomia radical é uma das cirurgias urológicas mais complexas, com elevada morbidade e mortalidade peri-operatórias, que se situam entre 11% e 68% e 0% e 3,9%, respectivamente. O procedimento cirúrgico geralmente culmina com a ureteroileostomia cutânea segundo a técnica de Bricker. A confecção de neobexiga como derivação urinária foi utilizada com maior frequência nos últimos anos, em doentes com neoplasia localizada à bexiga, sem neoplasia na uretra prostática, sem comorbidades significativas e com função renal normal (ARAÚJO, *et al.*, 2014).

A pessoa que tem estoma de eliminação necessita de apoio psicossocial, uma vez que a

sua presença gera grandes alterações no cotidiano do indivíduo, que extrapolam a esfera fisiológica e, inclusive, compromete as esferas social, psicológica e emocional. A pessoa estomizada passa a ter responsabilidade sobre o cuidado com o estoma e a bolsa coletora, que passa a fazer parte do seu corpo. Para o processo de reabilitação desta pessoa, os profissionais de saúde precisam prestar assistência global com enfoque na promoção, saúde educacional, e diretrizes para o autocuidado (VASCONCELOS, XAVIER, 2015).

Para os enfermeiros que prestam assistência aos pacientes com estoma, independentemente de ser temporário ou definitivo, é comum ouvir relato de medo, preocupação e até mesmo falta de habilidade para lidar com o uso contínuo do dispositivo. A maior parte dos estomizados queixa-se quando há vazamento de efluentes, eliminações de gases e odor pela bolsa coletora. Para minimizar esses episódios, torna-se necessário não somente a indicação correta dos dispositivos coletores e adjuvantes, mas também a assistência interdisciplinar contínua.

A situação descrita exige dos enfermeiros, enquanto educadores da saúde, conhecer a realidade na qual se encontra o usuário, para assim resgatar essa pessoa como cidadão, por meio do diálogo afim de que ele possa ter a liberdade de questionar, participar ativamente de tudo a sua volta, incluindo os incômodos e as dúvidas em relação ao manejo do estoma e dispositivo (FERNANDES, BACKES, 2010).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional tipo transversal realizado em uma microrregião do Norte de Minas Gerais (MG) e de prevalência de pessoas com estoma intestinal ou urinário residentes em um Município desta região.

Os estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, no qual se empregam geralmente procedimentos sistemáticos para a obtenção de observações empíricas ou para as análises de dados. Estes estudos permitem obter descrições quantitativas e qualitativas do objeto de estudo. Geralmente têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno e demanda uma variedade de procedimentos para a coleta de dados (PIOVESAN, TEMPORINI, 1995).

A prevalência é um termo que descreve o impacto dos agravos à saúde na coletividade. No cálculo da prevalência o numerador abrange o total de pessoas que se apresentam doentes num período determinado (casos novos acrescidos dos já existentes). Por sua vez, o denominador é a população da comunidade no mesmo período. Dados de prevalência são essenciais e o estudo desse indicador é muito útil para planejamento e administração de serviços de saúde, uma vez que mede a proporção de pessoas numa dada população que apresentam uma específica doença ou atributo, em um determinado ponto no tempo (BASTOS, DUQUIA, 2007).

4.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada II (SASPO II) que funciona no Centro Especializado em Reabilitação II (CER II) de um Município do Norte de MG.

O SASPO II atende a macrorregião do Norte de MG formada por 22 municípios. Para a caracterização da clientela com estoma de eliminação delimitou-se uma das microrregiões, formada pelos cinco municípios: Januária, Bonito de Minas, Cônego Marinho, Itacarambi e Pedras de Maria da Cruz. Isto foi definido pela necessidade de avaliar presencialmente os participantes do estudo e os municípios desta microrregião são os mais próximos do Município

do SASPO II, onde a pesquisa foi realizada.

Os pacientes que fizeram parte da amostra foram avaliados nas dependências do Centro Especializado em Reabilitação II, no período de outubro a dezembro de 2017.

O Município, no qual foi desenvolvido o estudo de prevalência, contava com população estimada 68.584 habitantes para o ano de 2017, conforme dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

4.3 População e amostra

De novembro de 2012 a setembro de 2017 foram identificados, por meio do cadastro da Secretaria de Saúde do Município da pesquisa, 112 pacientes cadastrados no SASPO II, provenientes dos municípios da macrorregião. Destes, 62 pertenciam a microrregião pesquisada. Este período foi definido devido ao SASPO II ter iniciado os atendimentos nas dependências do Centro Especializado em Reabilitação II em novembro de 2012.

O pesquisador entrou em contato com a Secretaria de Saúde dos Municípios da Microrregião para agendar a avaliação do paciente com estoma. Este procedimento permitiu identificar que do total de 62 pacientes, 20 tinham falecido e seis tinham sido submetidos à cirurgia de reconstrução intestinal, restando 36 pacientes. Estas pessoas foram convidadas a participar do estudo, por meio do contato telefônico, realizado pelo pesquisador, que é também o enfermeiro do serviço especializado, campo da pesquisa. Para estes pacientes foi agendada consulta de reavaliação no SASPO II, sendo que seis não compareceram. Assim, os 30 pacientes restantes aceitaram participar da pesquisa e compuseram a amostra, sendo 11 residentes no Município da pesquisa. Entretanto, uma participante apresentava dois estomas, sendo um urinário e outro intestinal, totalizando 31 estomas avaliados.

4.4 Critérios de inclusão

Para compor a amostra foram respeitados os seguintes critérios de inclusão: ter estoma de eliminação intestinal ou urinário, ou ambos e estar cadastrado na Secretaria de Saúde e inserido no SASPO II no período de novembro de 2012 a setembro de 2017.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2017, nas

dependências do Centro Especializado em Reabilitação II, localizado no Município de Januária-MG.

O estudo contou com a autorização da Coordenadora do Centro Especializado em Reabilitação II e do Secretário Municipal de Saúde do Município da Região Norte de MG, campo de atuação do pesquisador, para atendimento agendado – consulta de enfermagem – exclusivamente realizada para a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem que consistiu do histórico e avaliação do estoma, da pele ao redor e do dispositivo em uso. Tais procedimentos demandaram em média 40 minutos. A avaliação clínica dos pacientes foi realizada por um profissional enfermeiro, pesquisador deste estudo.

Destaca-se que os dispositivos coletores retirados do paciente para avaliação do estoma e pele ao redor foram substituídos ao final da consulta, sem ônus para o participante do estudo.

Os dados foram registrados em um instrumento (APÊNDICE A) que contemplou questões relacionadas aos dados demográficos, características do estoma, da pele e complicações em ambas, além de características do efluente e manejo do dispositivo (autocuidado).

4.6 Variáveis do estudo

Foram coletados dados referentes às variáveis sociodemográficas (idade, gênero, procedência, estado civil, profissão/ocupação), comportamentais (uso de cigarro e bebida alcoólica) e clínicas (motivo da realização do estoma, doenças associadas, índice de massa corporal, tipo e características do estoma e da pele ao redor). Também foram incluídas variáveis relacionadas ao dispositivo coletor e ao autocuidado.

4.7 Análise dos dados

Após a coleta das informações os dados foram digitados em planilhas do Programa Excel versão 2007 para geração de tabelas e gráficos.

Para o cálculo da prevalência de pessoas com estoma de eliminação no município pesquisado no ano 2017, considerando o número de usuários cadastrados no SASPO II (11) e a população de referência no ano de 2017 (65.463), adotou-se o seguinte procedimento:

Prevalência = N° de pacientes estomizados residentes no município da pesquisa no ano de 2017/

Nº de habitantes do município da pesquisa no mesmo ano por 10.000 habitantes.

4.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa 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 por meio da Plataforma Brasil, aprovado sob o número 49807115.0.0000.5149 (ANEXO A). A Secretaria Municipal de Saúde do Município da Região Norte de MG, cidade campo de pesquisa, aprovou a realização do estudo no município (ANEXO B).

Essa pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os participantes que concordaram em participar deste estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), garantindo aos mesmos o anonimato e a isenção de riscos e ônus financeiro. Os participantes também receberam os esclarecimentos que se fizeram necessários.

5. RESULTADOS

Em 2017, a prevalência estimada de pessoas com estoma de eliminação atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de um município do Norte de Minas Gerais, onde a pesquisa foi realizada, foi 1,6/10.000, considerando a população de 65.463 habitantes.

Os dados sociodemográficos da amostra da Microrregião estudada (Tabela 1) são referentes a 30 pacientes, sendo que 15 (50,0%) pacientes tinham colostomia, 13 (43,4%) ileostomia, um (3,3%) urostomia e um (3,3%) paciente apresentava uma colostomia e uma urostomia.

TABELA 1 - Características sociodemográficas da amostra do estudo. Belo Horizonte, 2017. (n=30).

Variável/ categoria	n (%)	Variável/ categoria	n (%)
Sexo		Escolaridade	
Masculino	17 (56,7)	Analfabeto	07 (23,3)
Feminino	13 (43,3)	≤8 anos	14 (46,7)
		>8 anos	09 (30,0)
Faixa etária (anos)		Aposentado	
18-59	23 (76,7)	Sim	10 (33,3)
≥ 60	07 (23,3)	Não	20 (66,7)
Estado civil		Ocupação* (n=20)	
Casado	11 (36,7)	Inativo†	11 (55,0)
Divorciado	10 (33,3)	Desempregado	03 (15,0)
Solteiro	05 (16,7)	Estudante	03 (15,0)
Viúvo	04 (13,3)	Do lar	03 (15,0)
Raça		Renda individual	
Parda	16 (53,3)	≤ 1 salário§	13 (43,3)
Preta	09 (30,0)	De 1 a 2 salários §	14 (46,7)
Branca	05 (16,7)	≥ 3 salários§	03 (10,0)

Legenda: § salário mínimo (Brasil): R\$ 937,00 (2017).

*Referente aos 20 participantes que não estavam aposentados

†Licenciado pelo Instituto Nacional do Seguro Social

Em relação aos hábitos comportamentais, 18 (60%) participantes negaram etilismo, nove

(30%) estavam em abstinência e três (10%) eram etilistas. Em relação ao cigarro, 11 (36,7%) não eram tabagistas, quatro (13,3%) eram e 15 (50,0%) estavam em abstinência.

A avaliação do índice de massa corporal (IMC) permitiu verificar que 22 (73,3%) participantes estavam eutróficos com IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² e oito (26,7%) estavam com sobrepeso com IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m².

As causas da confecção do estoma encontram-se na FIG. 1.

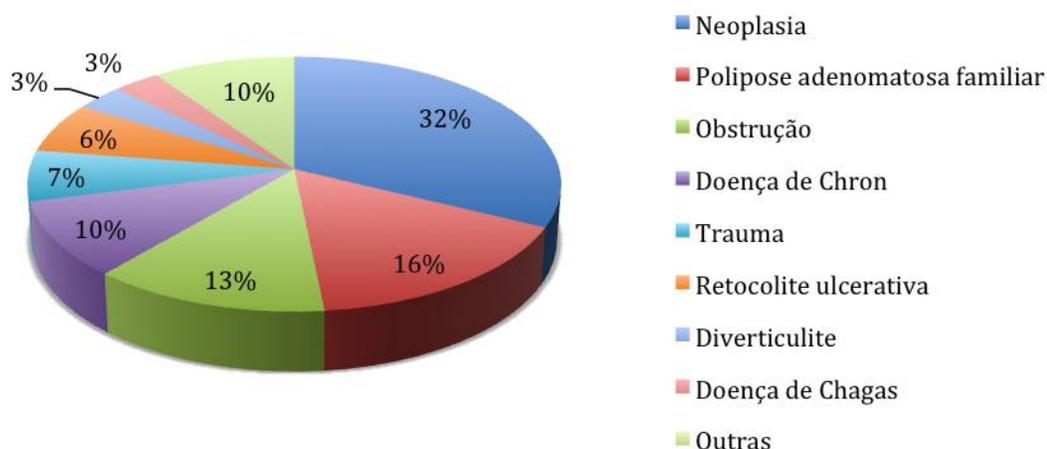


FIGURA 1: Causas da confecção do estoma dos participantes do estudo. 2017

A neoplasia maligna (9/32%) foi a causa predominante para a confecção do estoma, seguido de polipose adenomatosa familiar (5/16%), obstrução intestinal (4/13%) sem definição da causa, doença de Crohn (3/10%), trauma e retocolite ulcerativa, ambas acometendo 2 (6%) participantes, diverticulite e doença de Chagas acometendo um (3%). Para três (10%) participantes, o relatório médico informava apenas outras causas, sem esclarecimento para a confecção do estoma.

No tocante às doenças associadas (FIG. 2), oito (26,6%) participantes não apresentavam. E entre os 22 participantes restantes, um apresentava duas doenças. Predominou a depressão (11/36,7%), seguida da hipertensão arterial sistêmica (10/33,3%), Diabetes *mellitus* e cardiopatia. As duas últimas estavam presentes em um (3,3%) participante cada.

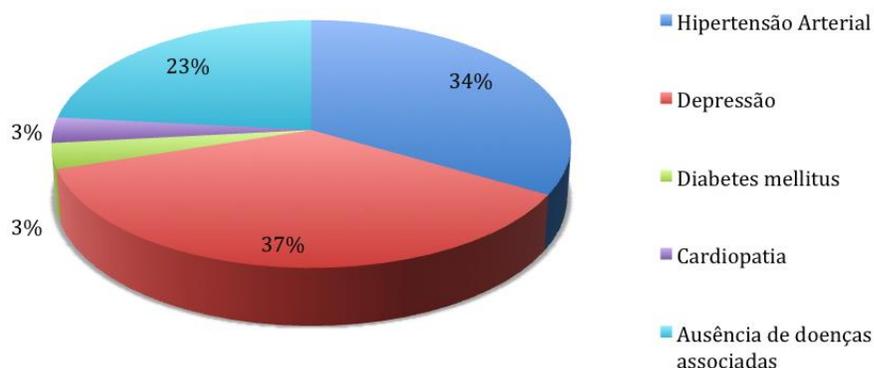


FIGURA 2: Doenças associadas apresentadas pelos participantes do estudo. 2017

Em relação ao período da confecção do estoma, nove (29,0%) foram realizados até 2014, três (10,0%) em 2015, 10 (32,0%) em 2016 e nove (29,0%) em 2017. Estes estomas apresentavam características diferentes (TAB. 2), 21 (67,7%) tinham formato regular e 10 (32,3%) irregular.

TABELA 2 - Características dos estomas de eliminação da amostra. Belo Horizonte, 2017 (n=31).

Variável/ Categorias	n (%)	Variável/ Categorias	n (%)
Tipo de estoma		Altura	
Colostomia	16 (51,6)	Protuso	22 (71,0)
Ileostomia	13 (41,9)	Prolapso	09 (29,0)
Urostomia	02 (6,5)		
Localização		Tipo de confecção	
Quadrante superior direito	01 (3,2)	Terminal	23 (74,2)
Quadrante superior esquerdo	04 (12,9)	Terminal/Hartmann	06 (19,4)
Quadrante inferior direito	15 (48,4)	Duas bocas	02 (6,4)
Quadrante inferior esquerdo	11 (35,5)		
Temporalidade		Formato	
Definitivo	23 (74,2)	Redondo	21 (67,7)
Temporário	08 (25,8)	Oval	10 (32,3)

O diâmetro médio do estoma foi 52mm na colostomia, 49mm na ileostomia e urostomia. Todos os estomas apresentavam protrusão, a altura média da colostomia era 32mm, da ileostomia 33mm e da urostomia 13mm, inclusive, nove (29,0%) participantes apresentavam prolapso.

A pele ao redor do estoma encontrava-se sem alteração de cor ou integridade em 15 (48,4%) dos participantes, 10 (32,2%) apresentavam eritema e seis (19,4%) dermatite.

O padrão de eliminação e as características do efluentes variaram conforme o tipo de estoma. O principal padrão de eliminação dos pacientes colostomizados foi duas vezes ao dia (63%), para os ileostomizados foi mais de quatro vezes ao dia (92%) e para urostomizados mais de 5 vezes ao dia (100%). As características do efluente e dispositivo coletor estão na Tabela 3.

TABELA 3 - Características do efluente e dispositivo coletor utilizados pelos participantes do estudo. Belo Horizonte, 2017. (n=31).

Efluente Variável / Categorias	n (%)	Dispositivo coletor Variável / Categorias	n (%)
Consistência do efluente		Padrão de esvaziamento**	
Líquida	15 (48,4)	1 vez	02 (6,5)
Pastosa	03 (9,7)	2 vezes	10 (32,3)
Formada	12 (38,7)	3 vezes	05 (16,1)
Semi-pastosa	01(3,2)	4 a 5 vezes	06 (19,3)
		>5 vezes	08 (25,8)
Odor desagradável*		Número de peças	
Sim	16 (51,6)	Uma	31 (100,0)
Não	15 (48,4)	Duas	00 (0,0)
Eliminação de flatos		Tipo de bolsa	
Sim	16 (51,6)	Drenável	19 (61,3)
Não	15 (48,4)	Fechada	12 (38,7)
		Tipo de placa	
		Pré-cortada	22 (71,0)
		Recortável com pré-corte	09 (29,0)
		Adequação do dispositivo	
		Sim	29 (93,6)
		Não	02 (6,4)

Legenda: *odor relatado pelo paciente

**número de esvaziamento do dispositivo por dia

Com relação a consistência do efluente, 15 (48,4%) estomas apresentaram efluente líquido, correspondendo as 13 ileostomias e duas e urostomia presentes na amostra. As demais consistências eram de colostomias, sendo pastosa em três (10%) e formada em 12 (75%). A

presença de odor desagradável e a eliminação de flatos foram relatados por todos os pacientes com colostomia.

Todos os participantes recebiam os dispositivos de forma gratuita e em quantidade suficiente e 12 não necessitavam de adjuvante, isto é, a utilização de produto para auxiliar a fixação da bolsa coletora ou para o tratamento de complicações do estoma ou pele ao redor do estoma. O dispositivo coletor estava adequado para 29 (93,6%) participantes. O adjuvante de proteção utilizado pelos pacientes foi a barreira protetora nas três apresentações, sendo o spray utilizado por 10 (32,0%) participantes, a pasta por 10 (32,0%) e o pó por quatro (6,0%). A maioria dos adjuvantes era utilizada pelas pessoas com ileostomia.

O número médio de trocas de dispositivo foi de 4 vezes por semana, sendo 6 para colostomia, 2 para ileostomia e urostomia. Dos pacientes com colostomia definitiva, nenhum realizava irrigação.

Em relação ao autocuidado, 28 (94,0%) participantes apresentaram capacidade para realizá-lo e dois (6,0%) apresentavam necessidade ajuda. A troca e a higienização do dispositivo foram realizadas por 24 (81,0%) participantes e seis (19,0%) dependiam da ajuda do cuidador.

Dos 30 participantes, sete (23,0%) não passaram por avaliação, destes, três tinham colostomia e quatro ileostomia.

6. DISCUSSÃO

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) preconiza que o Serviço de Atenção à Saúde do Estomizado é unidade de saúde especializada para assistência à saúde das pessoas com estoma, que desenvolvem ações de reabilitação, incluindo orientações para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações no estoma e pele ao redor, capacitação de profissionais e fornecimento de bolsas coletoras e demais acessórios. Para se ter acesso ao serviço a pessoa com estoma de eliminação deve procurar a sua Unidade Básica de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde de seu município e solicitar o encaminhamento para o serviço de referência na sua região (BORGES, RIBEIRO, 2015).

Na microrregião estudada do norte de Minas Gerais, o paciente com estoma de eliminação intestinal ou urinário é encaminhado pelo Município de origem para fazer o cadastrado na Secretaria de Saúde do Município sede desta microrregião. A seguir, a pessoa é inserida no Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada do CER II.

O fluxo citado talvez não esteja garantindo a inclusão de todos os usuários do SUS com estoma no Programa por diversos motivos, por isto, no período de janeiro de 2013 a setembro de 2017 foram cadastrados apenas 62 pacientes provenientes dos cinco municípios que compõem a microrregião. Algumas justificativas foram aventadas para o dado encontrado. Por exemplo, o desconhecimento dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, das unidades hospitalares a respeito da necessidade de encaminhar os pacientes, no momento da alta hospitalar, para o Serviço Especializado; a inabilidade dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde ou Equipe de Saúde da Família para retornar com o paciente com estoma para a Linha de Assistência preconizada pela SES-MG; a longa distância dos municípios que compõem a microrregião em relação ao SASPO de referência e a predominância da área rural nestes municípios que não conta com a cobertura dos serviços de saúde. Estes fatos podem, inclusive, explicar a recusa dos seis pacientes em comparecer à consulta agendada para a reavaliação da pesquisa.

O SASPO II não apresentava como política a reavaliação regular dos pacientes cadastrados. Este dado foi reforçado pela pesquisa. Dos 62 pacientes cadastrados no período de 2013 a 2017, 20 tinham falecido e seis já não eram estomizados porque passaram por cirurgia de reconstrução intestinal. Entretanto, o SASPO continuava a liberar dispositivos e adjuvantes para estes 26 pacientes. Geralmente o responsável pela busca dos dispositivos era o motorista lotado

na prefeitura dos municípios dos pacientes.

Esperava-se que a situação encontrada na microrregião do norte de Minas Gerais já tivesse sido solucionada, considerando que neste estado houve um reforço nas políticas públicas para a organização da assistência à pessoa com estoma por meio da Resolução SES/MG n.º 1.249/2007 (MINAS GERAIS, 2007) que instituiu critérios, normas operacionais e procedimentos para assistência à pessoa com estomas intestinais e urinários. Vale destacar que no Brasil essa mudança só ocorreu com a publicação da Portaria n.º 400/2009, que firmou Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

Essas políticas ganharam mais força com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS) n.º 793/2012 (BRASIL, 2012), que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, e da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB/SUS/MG) n.º 1.272/2012 (MINAS GERAIS, 2012), que estabeleceu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. Tal legislação regulamenta a atenção à saúde das pessoas estomizadas e é referência para a construção da proposta de organização da rede de serviços.

Os problemas citados anteriormente podem ter comprometido o número de pacientes cadastrados no SASPO até o ano de 2017, considerando os cinco municípios que compõem a microrregião, e ter influenciado na prevalência de pessoas com estoma do município, que foi 1,6/10.000 habitantes, inferior à de outras localidades brasileiras (MORAES *et al.*, 2014 a; (MORAES *et al.*, 2014 b).

A *International Ostomy Association* (IOA) estimava para o censo de 2.000 do Brasil o equivalente a 170 mil estomizados, o que corresponderia à prevalência de 10/10.000 habitantes (MORAES *et al.*, 2014-a). No período de 1994 a 2013 havia uma estimativa de 6.000 pessoas com estoma atendidas pelos SASPO de Minas Gerais (BORGES, RIBEIRO, 2015). No ano de 2010, neste mesmo estado, havia 4.762 pessoas estomizadas cadastradas nos SASPO, representando prevalência média de 2,4 estomizados/10.000 habitantes (MORAES *et al.*, 2014b).

A prevalência de pessoas com estoma de eliminação do município, mesmo inferior à de outros estudos, é uma referência para os profissionais responsáveis pela assistência e gestão aos pacientes com estoma residentes na região norte de Minas Gerais, uma vez que não há dado publicado referente à esta região.

Apesar da relevância do estudo, deve-se considerar que a pesquisa trata de dados de

pessoas cadastradas no SUS, o que não inclui todos os estomizados existentes, uma vez que a Saúde Suplementar é também responsável em prestar assistência e fornecer dispositivos coletores e adjuvantes para os seus beneficiários (BRASIL, 2013).

Desde maio de 2013, as operadoras de planos de saúde passaram a fornecer bolsas coletoras intestinais ou urinárias para beneficiários estomizados que utilizam o material. Isto foi possível por meio da publicação da Resolução Normativa - RN n.º 325, de 18 de abril pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A norma prevê também o fornecimento de equipamentos de proteção e segurança utilizados conjuntamente com as bolsas coletoras, como as barreiras protetoras de pele. A solicitação do material deve ser feita à operadora por meio de relatório médico (BRASIL, 2013).

Geralmente, a estimativa da prevalência de pessoas com estoma de eliminação no Brasil é calculada por meio de estudos pontuais, uma vez que o estoma de eliminação não requer notificação compulsória junto às agências reguladoras de saúde por não ser causa de doença, mas sim resultar do procedimento cirúrgico realizado. Portanto, a prevalência apresentada neste estudo é um dado relevante, considerando as dificuldades de pesquisadores desenvolverem estudos no norte do Estado de Minas Gerais devido às condições econômicas desta região.

O estoma de eliminação é criado para que os pacientes vivam mais tempo, para ajudá-los a retornar a uma vida mais saudável e produtiva e aumentar a qualidade de vida. Mas, as pessoas com estoma experimentam muitos problemas fisiológicos, psicológicos e sociais. Criar um estoma pode causar muitas mudanças na emoção e no estilo de vida. Entre essas mudanças, as psicológicas como alteração na imagem corporal, ansiedade (medo de desconhecido), diminuição da autoestima e auto realização. Em virtude do impacto e sofrimento causados pela presença do estoma na vida da pessoa e na de seus familiares (FERREIRA *et al.*, 2017), a baixa prevalência de pessoas com estoma encontrada neste estudo não permite aos profissionais ignorarem a necessidade de se ofertar assistência de qualidade a estas pessoas.

Neste estudo, quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, a maioria dos participantes era do sexo masculino, autodeclarado pardo, adultos com idade até 59 anos. Quase a metade tinha até 8 anos de estudos e renda individual de 1 a 2 salários mínimo o que caracteriza o atendimento pelo SUS (FERREIRA *et al.*, 2017). Entretanto, os resultados de estudo de revisão realizado com amostra de 10 artigos de pesquisas descritivas realizadas no Brasil comprovaram que o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos estomizados brasileiros mostra prevalência

do sexo feminino, com predomínio de adultos e idosos, tendo o câncer colorretal como principal causa para realização do estoma e a colostomia como tipo predominante de estoma e eliminação (LUZ *et al.*, 2014).

O predomínio de pessoas com idade superior a 40 anos também estava presente em outro estudo e tem relação com maior incidência das neoplasias malignas, característica tida não só como fator de risco para o aparecimento dos cânceres, mas também como determinante para os tratamentos cirúrgicos geradores de estoma (FERNANDES *et al.*, 2010).

A alta incidência de doenças ou condições de saúde nas quais os estomas podem ser indicados tem como consequência o aumento da prevalência de pessoas estomizadas. Os casos mais frequentes são decorrentes de doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, a doença de Chagas, as doenças inflamatórias do intestino como a retocolite ulcerativa inespecífica e a doença de Crohn, doenças neurológicas, traumas abdômino-perineais, representados por ferimento por armas de fogo ou branca e acidente automobilístico. Na população infantil as causas mais comuns que levam à confecção de estomas são anomalias anorretais, por exemplo, perfuração anal, megacólon congênito, enterocolite necrotizante, peritonite meconiais (BORGES, RIBEIRO, 2015).

Neste estudo, as doenças mais frequentes, responsáveis pela confecção do estoma foram o câncer e a polipose adenomatosa familiar. Esta última, quando a intervenção cirúrgica é postergada, leva ao câncer de cólon. Estas doenças foram as responsáveis pelo predomínio da colostomia.

O aumento da ocorrência do câncer de bexiga, colón e reto tem forte relação com o estilo de vida. Segundo dados publicados no final do ano de 2017 pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o Brasil, estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres. Na Região Sudeste, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto, é o segundo mais frequente em homens (23,29/100 mil) e entre as mulheres (23,86/100 mil) (BRASIL, 2017).

O câncer de cólon e reto é uma doença multifatorial, influenciada por fatores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. Os fatores hereditários, como o histórico familiar de câncer de cólon e reto e as doenças inflamatórias do intestino, representam apenas uma pequena

proporção da variação observada na carga global da doença. Entretanto, as diferenças geográficas observadas na incidência refletem a adoção de hábitos de vida ocidentais e incluem o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (SILVA, ERRANTE, 2016). Dos fatores citados e pesquisados, estavam presentes na amostra do estudo o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e a obesidade.

Ainda em relação aos dados do INCA sobre o câncer de bexiga no Brasil, estimam-se 6.690 casos novos em homens e 2.790 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019, correspondendo a um risco estimado de 6,43 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a sétima posição; e de 2,63 para cada 100 mil mulheres, ocupando a 14ª posição. Excluindo também os tumores de pele não melanoma, na Região Sudeste este câncer em homens ocupa a sexta posição (8,61/100 mil) e para as mulheres, é o 14º mais frequente (3,02/100 mil) (BRASIL, 2017).

Conforme os dados do INCA, a ocorrência do câncer de bexiga tem aumentado e é muito mais frequente nos homens, duas a quatro vezes maior do que nas mulheres. O aumento dos casos pode ser uma consequência dos efeitos do tabagismo, que é reconhecido como importante fator de risco para este câncer (FREEDMAN *et al.*, 2011). Este fator estava presente em 63% da amostra do estudo, considerando os 50% que estavam em abstinência no momento da coleta de dados. O *World Cancer Report* estima que o risco de desenvolver câncer de bexiga entre os fumantes foi de duas a seis vezes maior em comparação aos não fumantes. O tabagismo é responsável por, aproximadamente, 66% dos casos novos em homens e 30% dos casos novos em mulheres. Outros fatores de risco relacionados à exposição ocupacional e ambiental também estão associados com o desenvolvimento deste tipo câncer, como o trabalho na produção de alumínio, exposição à emissão de gases de combustão de diesel, exposição a agrotóxicos e atividades laborativas bem específicas como, por exemplo, pintores, cabeleireiros e barbeiros que trabalham com tinturas (STEWART; WILD, 2014).

A maioria dos participantes não estava aposentada, entretanto estava inativa por se encontrar de licença pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A maioria era agricultores e do lar, com dificuldade de se reintegrar ao trabalho. Estes dados são observados na prática clínica, quando os pacientes que possuem vínculo empregatício preferem se aposentar e se afastar em definitivo, e os desempregados não conseguem se inserir no mercado formal de trabalho.

Segundo o Decreto Presidencial nº 5.296/2004, as pessoas estomizadas estão reconhecidas como pessoas com deficiência. Dessa forma, possuem direito ao passe livre em transporte coletivo, atendimento prioritário, reserva de vagas em concursos públicos e empresas privadas (BRASIL, 2004).

Os benefícios advindos com o decreto não resolveram todos os problemas vivenciados pelos trabalhadores com estoma de eliminação. O retorno ao trabalho ou a busca por novas atividades produtivas pode tornar-se um desafio para a pessoa estomizada e para a equipe de saúde devido às barreiras sociais impeditivas para inclusão social, permeada pelo preconceito e pela própria insegurança emocional dos pacientes. Além disso, a sociedade, por desconhecimento, acaba julgando esses indivíduos inaptos para o trabalho, negando-lhes oportunidades (KLEIN, SILVA, 2014).

O conflito vivido pelos trabalhadores com estoma foi desvelado no estudo realizado com o objetivo de analisar a percepção das pessoas com estoma de eliminação sobre sua inclusão no mundo do trabalho. Participaram do estudo sete estomizados, que frequentavam um grupo de apoio da instituição. Os participantes apresentaram sentimentos dialéticos em relação ao estoma, configurando-se como um elemento que salva vida, mas resulta em sofrimento psíquico por ocasionar uma forte ruptura no estilo de vida. Também foi constatado sentimentos contraditórios em relação ao trabalho, pois ao mesmo tempo em que ele origina sentimento de utilidade e de inclusão social, também resulta em sentimento de medo da rejeição social (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Neste estudo, grande parte dos participantes (37,0%) apresentou a depressão como doença associada. Este fato pode ser decorrente do sofrimento advindo da nova situação vivenciada pelas pessoas que se tornam estomizadas. O sofrimento foi desvelado no estudo realizado com um casal de pessoas com colostomia, a fenomenologia existencial de Martin Heidegger possibilitou a apreensão dos momentos vividos por essas pessoas. Nos relatos dos depoentes que, ao vivenciarem a temporalidade de estar-no-mundo utilizando-se de uma bolsa para a eliminação de seus excrementos, convivem com sentimentos de temor, decorrentes de sua enfermidade com o medo do isolamento e a probabilidade de não mais poder participar da vida social. Eles temem o deterioramento físico, a perda da capacidade para executar seus afazeres e principalmente, o desrespeito, a humilhação e a curiosidade das pessoas do seu convívio íntimo ou esporádico (VIOLIN, SALES, 2010).

Para alguns pacientes o sofrimento se encerra quando são submetidos ao procedimento de reconstrução intestinal e voltam a evacuar por via anal. Entretanto, isto só é possível para aqueles que apresentam estoma intestinal temporário. No estudo, a maioria dos participantes tinha estoma definitivo.

Quanto ao tipo de confecção do estoma, 29 eram terminais, isto é, apresentavam uma boca. Destes, seis eram temporários, representados pela colostomia a Hartmann e 23 eram definitivos. Os dados são compatíveis com as doenças predominantes que levaram à confecção do estoma.

A morbimortalidade de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal alcança valores significativos e, por esse e outros fatores, talvez se explique o fato que de 30 a 60% dos pacientes com colostomia terminal a Hartmann passam a possuí-la de maneira definitiva, apesar de, na maior parte das vezes, ela ser realizada pelo cirurgião como procedimento provisório, com o argumento de maior segurança do paciente (CORRÊA NETO *et al.*, 2016).

Embora a reconstrução do trânsito intestinal seja um procedimento bastante desejado pelos pacientes, a sua indicação deve ser criteriosa devido ao risco de complicações no pós-operatório. O respeito aos preceitos pode aumentar a segurança do procedimento de reconstrução. Resultados da análise dos dados de prontuário de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal em um hospital de referência do SUS, constataram que 54% dos 100 pacientes estudados no período de outubro de 2008 a dezembro de 2011 padeciam de alguma doença associada. A indicação para confecção da colostomia inicial decorreu de câncer em 43% dos casos e o tempo médio de permanência com o estoma foi de 14,3 meses. A taxa de mortalidade foi de 6% (CORRÊA NETO *et al.*, 2016).

A reabilitação do paciente com estoma deve iniciar no pré-operatório, e um dos procedimentos inerente a esta fase é a demarcação do local para exteriorização do estoma pelo enfermeiro estomaterapeuta, de preferência. Essa ação é comprovadamente favorável à reabilitação do estomizado porque permite a colocação da bolsa coletora de forma segura, garante o seu tempo de permanência, além de reduzir o risco de complicações no estoma e pele ao redor no pós-operatório tardio (WCET, 2014). No estudo foram identificados cinco participantes que tinham estoma no quadrante superior do abdômen, sendo que o recomendado é o quadrante inferior direito ou esquerdo, conforme o tipo de estoma confeccionado. Esta situação sugere que os pacientes não eram demarcados previamente ao procedimento cirúrgico.

Na avaliação, o efluente intestinal deve ser caracterizado quanto à textura, ao volume e à eliminação de flatos. Para os estomas intestinais, ileostomia e colostomia, a drenagem do volume e a consistência do efluente têm relação com os alimentos ingeridos. No estudo foi identificado que todos os participantes faziam uso de dispositivo drenável, uma peça, sem filtro, independentemente de ser ileostomia ou colostomia, da consistência do efluente ou produção de flatos sem filtro. Para a colostomia descendente e sigmoidostomia é recomendado o uso de bolsa fechada, opaca, com filtro que permita a eliminação de gases. O dispositivo coletor deve ser trocado logo após a eliminação do efluente. Portanto, este dispositivo está indicado para pacientes que apresentem no máximo duas eliminações ao dia. Para os demais pacientes com mais de duas eliminações diárias recomenda-se o uso de bolsa drenável, opaca, de preferência com filtro, que permite a passagem dos gases sem odor (BORGES, RIBEIRO, 2015).

A indicação de dispositivo que não atende as necessidades do paciente interfere negativamente no processo de reabilitação do mesmo, considerando que o dispositivo inadequado prejudica a reinserção social e o retorno a atividade laboral. No estudo de abordagem qualitativa realizado com pacientes colostomizados, a maioria apresentou mudanças provenientes de alterações físicas, psíquicas e sociais causadas pela perda do controle do esfíncter e alterações da imagem corporal, levando à necessidade de adotar estratégias para adaptar-se à nova realidade. Houve pessoas que manifestaram dificuldades em conviver com a nova realidade, acarretando desequilíbrios fisiológicos e psicológicos. Portanto, a adaptação à confecção do estoma, influencia na qualidade de vida do indivíduo estomizado, reforçando a necessidade da indicação do dispositivo adequado (COELHO *et al.*, 2013).

Uma ileostomia tem seu volume considerado normal de 500 ml/dia a 800 ml/dia, de consistência líquida à semilíquida, de cor castanha esverdeada. Os pacientes com ileostomia terminal podem alcançar padrão de eliminação diária entre 200 ml e 600 ml com várias eliminações diárias o que demanda a utilização de bolsa drenável porque o paciente deverá esvaziá-la diversas vezes em 24 horas. Destaca-se que os gases e os cheiros são reduzidos, mas o pH do efluente é muito alcalino e causa lesão da pele quando entra em contato com essa (BORGES, RIBEIRO, 2015).

Outro dado analisado foi a ausência de realização de irrigação do estoma por parte dos participantes com colostomia definitiva do cólon esquerdo ou sigmoide, com padrão de eliminação de uma ou duas vezes ao dia. Infere-se que o fato tem relação com a falta de

conhecimento do médico e do enfermeiro. O primeiro é o responsável pela indicação da irrigação e o segundo é o responsável pela avaliação e treinamento do paciente que irá realizar o procedimento. Destaca-se que o material necessário para o paciente realizar a auto irrigação está padronizado e é disponibilizado pela SES-MG.

Para a pessoa com colostomia descendente ou sigmoidostomia definitiva, deve-se utilizar a irrigação intestinal via estoma para o esvaziamento do conteúdo fecal e a obtenção do controle das eliminações pelo estomizado. A irrigação possibilita a dispensa do uso do equipamento coletor e facilita a reabilitação (WCET, 2014).

No SASPO II, local onde o estudo foi realizado, até dezembro de 2017 o serviço se restringia à distribuição de dispositivos coletores. O enfermeiro não tinha protagonismo na implementação de medidas assistenciais visando a reabilitação do paciente com estoma de eliminação. A partir da data citada, surgiram ações relacionadas à assistência ao usuário, os dispositivos são entregues pelo enfermeiro responsável, onde é feito todo o acompanhamento.

Os resultados desta pesquisa revelam a necessidade de capacitar os atores envolvidos na assistência aos pacientes com estoma de eliminação da microrregião do Norte de MG. Os pesquisadores assumiram o compromisso de apresentar os dados do estudo para os Secretários de Saúde dos cinco Municípios desta microrregião para instrumentalizar os gestores e os profissionais na organização dos serviços especializados de atenção à saúde, com vistas na reabilitação precoce e menos traumática dessas pessoas com estoma de eliminação, além de otimizar a utilização dos recursos materiais já disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde de MG.

7. CONCLUSÃO

Foi possível responder aos dois objetivos propostos no estudo. A prevalência de pessoas com estoma de eliminação no município estudo foi 1,6/10.000, que é considerada baixa e pode ter relação com a subnotificação do registro do dado. Em relação aos participantes com estoma da microrregião estudada, a maioria era homem, autodeclarado pardo, adulto com idade até 59 anos, não aposentado, mas inativo e com estoma definitivo. No grupo dos estomas temporários predominou a colostomia a Hartmann. A neoplasia foi a causa da maioria dos estomas e a doença associada mais frequente foi a depressão. A maioria dos estomas tinha formato e protrusão adequados e estava localizado no quadrante inferior. A maioria apresentava capacidade para realizar o autocuidado relacionado a troca e a higienização do dispositivo. A caracterização dos participantes e a prevalência estimada poderão servir de referência para os profissionais e gestores responsáveis pelos serviços de atendimento à pacientes com estoma, residentes na microrregião do norte de MG, planejarem a assistência, a desenvolverem as políticas de saúde que atendam às demandas desta população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P.; R. CRUZ, R.; FREITAS, R.; MORAIS, A.; OLIVEIRA, J. Cistectomia radical / experiência de um centro oncológico. **Acta Urológica Portuguesa**. v.31, n.3, p.63-68. 2014. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/acta-urologica-portuguesa-214/pdf/S2341402214500523/S300/>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BASTOS, J. L.D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/14453/9671> Acesso em 06 fev. 2018

BORGES, E. L.; RIBEIRO, M. S. **Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada**. Secretaria de Estado da Saúde. Minas Gerais (SES-MG): Belo Horizonte, 2015. 136 p. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/ostomizados/24-06-Linha-de-Cuidados-da-Pessoa-Estomizada.pdf Acesso em 10 fev. 2018.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto Presidencial n.º 5.296, de 02 de dezembro de 2004**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. 36p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa - RN n.º 325, de 18 de abril de 2013**. Fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Instrutivo Deficiência Física referente à Portaria MS n.º 793, de 24 de abril de 2012**. Diretrizes para tratamento e reabilitação/habilitação de pessoas com deficiência física. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo Deficiência Física referente à Portaria MS n.º 793, de 24 de abril de 2012**. Diretrizes para tratamento e reabilitação/habilitação de pessoas com deficiência física. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS-SAS n.º 400, de 16 de novembro de 2009**. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2009.

COELHO, A. R.; SANTOS, F. S.; POGGETTO, M. T. D. Stomas changing lives: facing the illness to survive. **REME**. v.17, n.2, p.268-77, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CORRÊA NETO, I. J. F.; SIÁ, O. N.; LOPES, E. A.; PADILLA, R.; PORTUGAL, K. T. M.; ROLIM, A. S.; SOUZA, R. F. L.; WATTÉ, H. H.; ROBLES, L. Retrospective analysis of patients undergoing bowel transit reconstruction in a tertiary referral hospital of São Paulo's east side. **J. Coloproctol. (Rio J.)**, v.34, n.4, p.198-201,2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632014000400198&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2018.

DANTAS, E. L. R.; SÁ, F. H. L.; CARVALHO, S. M. F.; et al. Genética do câncer hereditário. **Rev. Bras. Cancerologia**. v.55, n.3, p.263-69, 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/67_revisao_literatura1.pdf. Acesso em: 10 fev. 2018.

EPIDEMIOLOGIA NAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, supl.1, p. 28-39, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2018.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.4, p.567-73, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em 06 fev. 2018.

FERNANDES, R. M.; MIGUIR, E. L. B.; DONOSO, T. V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev bras Coloproct**. v.30, n.4, p.385-392. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802010000400001&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 06 fev. 2018.

FERREIRA, E. C.; BARBOSA, M. H.; SONOBE, H. M.; BARICHELLO E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.70, n.2, p.271-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200271&script=sci_arttext>. Acesso em 10 fev. 2018.

FERREIRA, J. Epidemiologia como instrumento de gestão: uma análise do planejamento de saúde no extremo oeste catarinense. **Anais da JIC - Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica**, [S.l.], v.1, n.6, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/JORNADA/article/view/3480>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

FREEDMAN, N. D.; SILVERMAN, D. T.; HOLLENBECK, A. R.; SCHATZKIN, A.; ABNET, C. C. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. **Journal of the American Medical Association**, v. 306, n. 7, p. 737-745, 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b80c/8c4b1f1882586ce1c402cc2cffe93bee496c.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Brasil, Minas Gerais. Januária. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/januaria/panorama> Acesso em: 17 fev. 2018.

KLEIN, D. P.; SILVA, D. M. G. V. Avaliação da educação em saúde recebida pela pessoa com estoma intestinal na perspectiva da Clínica Ampliada. **Cienc cuid saude**. [online]. v.13, n.2, p.262-270, 2014. Disponível em:

http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18806/pdf_173

Acesso em: 10 fev. 2018.

LUZ, A. L. A; LUZ, M. H. B. A; ANTUNES, A; OLIVEIRA, G.S; ANDRADE, E.M.L.R; MIRANDA, S.M. (2014) Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. **Cultura de los Cuidados** (Edición digital) v.18, n.39, p.115-123, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.13>> Acesso em 06 fev.

MARTINS, S. B.; LEITE, J. S.; OLIVEIRA, A. S.; SÁ, A.; CASTRO-SOUSA, F. Tratamento dos tumores desmóides intra-abdominais associados à polipose adenomatosa familiar. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. v.II. n.32, p.17-25, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpc/n32/n32a04.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MINAS GERAIS (MG) Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Deliberação CIB-SUS n.º 1.272**, de 24 de outubro de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS-MG e dá outras providências. 2012.

MINAS GERAIS (MG) Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Resolução SES-MG n.º 1.249**, de 20 de julho de 2007. Estabelece critérios, normas operacionais e procedimentos para assistência à saúde da pessoa com derivação intestinal e urinária no SIA-SUS e no SIH-SUS. 2007.

MORAES, J.T.et al. Caracterização dos estomizados atendidos pela secretaria municipal de saúde de Divinópolis-MG. **Revista Estíma**. v. 7, n.3, p. 31-7. 2014 a.

MORAES, J. T. et al. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde colet**, v. 22, n. 1, p. 101-8, 2014b Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462x-cadsc-22-01-00101.pdf>>.Acesso em: 20 out. 2017.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. v.29, n4, p.318-25. 1995. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1995.v29n4/318-325/>. Acesso em: 12 fev. 2018.

PRIOLLI, D. G.; CARDINALLI, I. Z.; PIOVESAN, H.; et al. Proposta para estadiamento do câncer colorretal baseada em critérios morfofuncionais. Correlação com níveis séricos do antígeno carcinoembrionário. **Rev Bras Coloproct**. n.27, v.4, p.374-383, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802007000400003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 12 fev. 2018

ROBINS, S. L.; COTRAN, R. S. Patologia. Bases patológicas das doenças. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 815-830.

ROCHA, J. J. R. Estomias intestinais - (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v.44, n.1, p.51-6, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47335>>. Acesso em 06 fev. 2018.

SANTA HELENA et al. Atuais diretrizes do rastreamento do câncer colorretal: revisão de literatura. **Revista da AMRIGS**, v.61, n.1, p.76-83, 2017. Disponível: <http://www.amrigs.org.br/revista/61-01/16_1653_Revista%20AMRIGS.pdf> Acesso em: 12 fev. 2018.

SCHOFFEN, J. P. F.; PRADO, I. M. M. Aspectos epidemiológicos e etiológicos da doença de Crohn. **Revista saúde e pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 73-80, 2011. Disponível em: < <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1720>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

SILVA, M.; ERRANTE, P. R. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Rev UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 33, p.133-140, 2016. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/765/u2016v13n33e765>. Acesso em 10 fev. 2018

SOUZA, M. H. L. P. et al. Evolução da ocorrência (1980- 1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. **Arq. Gastroenterol.**, v. 39, n. 2, p. 98-105, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032002000200006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 fev. 2018.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. World Cancer Report. Lyon: **International Agency for Research on Cancer (IARC)**. 2014. Disponível em http://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/ Acesso em 10 fev. 2018

TEIXEIRA, F; N., SOUZA, N. V. D. O; SILVA, P. A. S.; MAURÍCIO, V. C.; COSTA, C. C. P.; ANDRADE, K. B. S. **Cienc Cuid Saude**. v.15, n.1, p.69-76. 2016. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=8067942114958656311&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_ylo=2014> Acesso em: 10 fev. 2018.

VASCONCELLOS, F. M.; XAVIER Z. D. M. O enfermeiro na assistência do cliente colostomizado baseado na teoria de Orem. **RECIEN**. v.5, n., p.25-37, 2015. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/108>. Acesso em 06 fev. 2018.

VIOLIN, M. R.; SALES, C.A. Experiências cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: enfoque existencial. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. v.12, n.2, p.278-86, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5590>. Acesso em 05 mar. 2018.

WORLD COUNCIL OF ENTERESTOMAL THERAPISTS (WCET). **International Ostomy Guideline**. Perth, Australia: World Council of Enterestomal Therapists –WCET. 2014. 64p.

APÊNDICE A: Instrumento de Coleta Dados

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

Questionário nº: _____	Data da entrevista: ____/____/____
Entrevistador(a): _____	
IDENTIFICAÇÃO	
Iniciais do nome: _____	Registro: _____
Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: () feminino () masculino
Data de admissão no serviço: ____/____/____	Data da realização do estoma (mês/ano): ____/____
Naturalidade (UF): _____	Ocupação: _____
Procedência (UF): _____	Profissão: _____
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS	
Escolaridade (anos estudo completo): _____	Alfabetização: () Analfabeto () Alfabetizado
Estado Civil: () casado () união estável () solteiro () divorciado () separado () viúvo	
Raça / etnia: () branca () preta () parda () amarela () indígena	
Renda familiar mensal? Valor bruto: R\$ _____	Salário mínimo vigente: R\$ _____
Moradia com saneamento básico: () sim () não	Aposentado: () sim () não
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
Etilismo: () Sim () Não () Abstinência	
Tabagismo: () Sim () Não () Abstinência	Nº cigarros / dia: _____ (1 maço: 20 cigarros)
Doença/agravo que levou a cirurgia de estoma: _____	
Cirurgia de estoma: _____	
Doenças associadas (conforme o prontuário médico): hipertensão arterial sistêmica () cardiopatia () depressão () outras	
Medicações em uso: _____	
Tratamentos associados: () Corticosteróides () antiinflamatórios (Meza / sulfaza) () Antimonoclonal Interferon	

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

Estado geral (Porto, 2005): () bom () regular () ruim		
Locomoção: () deambula () com ajuda de prótese/órtese () confinado a cadeira de rodas () Acamado		
DADOS ANTROPOMÉTRICOS E LABORATORIAIS		
Peso (kg): _____	Altura (m): _____	Cintura/quadril: (cm): _____
Albumina sérica (g/dl): _____	Hemoglobina (g%): _____	Glicemia (mg/dl): _____
CARACTERÍSTICAS ESTOMA E 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 () semi-pastosa () pastosa () formada		Padrão de eliminação (x/dia): () 01 () 02 () 03 () de 04 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
Apropriado: () sim () não		Diâmetro (mm): _____
Trocac (por semana): _____		
Adjuvante: () cinto () pasta de resina () pó de resina () protetor cutâneo () outro _____		
Irrigação intestinal: () sim () não () não se aplica		
AUTOCUIDADO/ASSISTÊNCIA		
Capacidade autocuidado: () total () parcial () ausente		Se parcial ou ausente, motivo: _____
Troca do dispositivo: () paciente () cuidador		Higienização do dispositivo: () paciente () cuidador
Avaliação periódica do estoma pelo profissional: () sim () não		
Responsável pela avaliação periódica do estoma: () enfermeiro () médico () nenhum		
Recebimento do dispositivo apropriado: () sim () não		Recebimento do nº necessário: () 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 as 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 submeter à avaliação física do estoma, da pele periestoma e do dispositivo coletor, quando esse será retirado e substituído por outro sem acarretar ônus para você. Para isto será necessário utilizar 30 a 40 minutos do seu tempo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e não receberá remuneração por ela. Você também não será penalizado, caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. 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 do 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 o(a) Secretário(a) de Saúde do Município e poderão instrumentalizar os gestores e os profissionais na organização dos serviços especializados de atenção à saúde com vistas 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 em torno 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 esta participação.

_____, _____ de _____ de _____.
Local Data

Assinatura

Contatos:

Profª. Eline Lima Borges: (31)3409-9177/ E-mail:

eborges@ufmg.br Acesso ao currículo:

<http://lattes.cnpq.br/6131663124506585>

COEP/ UFMG: (31)3409-4592/ E-mail: coep@prpq.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 pesquisador

ANEXO A – Plataforma Brasil



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.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO RESIDENTES EM VÁRIOS MUNICÍPIOS DO BRASIL

Pesquisador: Eline Lima Borges

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 49807115.0.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.277.649

Apresentação do Projeto:

Essa versão do projeto de pesquisa, anteriormente aprovado pelo COEP UFMG pelo parecer de número 1.342.759, procura acrescentar pesquisadores e ampliação da amostra originalmente proposta.

No referido projeto original, a coleta de dados da pesquisa aconteceria nos municípios de municípios de Minas Gerais (Curvelo e Belo Horizonte) e Bahia (Teixeira de Freitas). Nessa emenda, a pesquisadora responsável propõe a inclusão da pesquisa nas cidades de Itaúna, Januária e Pirapora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário, conforme apresentado nessa versão do projeto de pesquisa:

“• Identificar a prevalência de pessoas com estoma de eliminação dos diversos municípios do Brasil no período de 2000-2020. • Caracterizar os estomizados residentes nos municípios pesquisados quanto as variáveis sociodemográficas e clínicas”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como não há modificação das técnicas de coleta de dados da pesquisa, a relação risco x benefício já avaliada no parecer 1.342.759 prevalece.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 01 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.277.649.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A ampliação da amostra da pesquisa contribui, ainda mais, para o conhecimento científico da área a que a pesquisa se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação aos termos já válidos e considerados aprovados no parecer de número 1.342.759, foram acrescentadas as cartas de anuência das Secretarias de Saúde dos municípios de Itaúna, Januária e Pirapora para realização da pesquisa e novo cronograma.

Recomendações:

Os pesquisadores devem estar atentos à obtenção de carimbo na anuência da Secretaria de Saúde de Itaúna.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda ao projeto de pesquisa "PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO RESIDENTES EM VÁRIOS MUNICÍPIOS DO BRASIL", da pesquisadora responsável Eline Lima Borges.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_980554 E1.pdf	16/08/2017 19:39:33		Aceito
Outros	CartaEmendaCEP.doc	16/08/2017 19:37:26	Eline Lima Borges	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	16/08/2017 19:36:25	Eline Lima Borges	Aceito
Outros	AnuenciaJanuaria.pdf	16/08/2017 19:35:52	Eline Lima Borges	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 31205

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.277.649

Outros	AnuenciaPirapora.pdf	16/08/2017 19:35:18	Eline Lima Borges	Aceito
Outros	Anuencialtauna.pdf	16/08/2017 19:34:27	Eline Lima Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	17/11/2015 09:10:15	Eline Lima Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/10/2015 07:27:15	Eline Lima Borges	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/10/2015 07:26:32	Eline Lima Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/10/2015 09:09:35	Eline Lima Borges	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	29/09/2015 19:32:16	Eline Lima Borges	Aceito
Outros	Anuencia_Camara.pdf	29/09/2015 17:36:23	Eline Lima Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_Sevico.pdf	29/09/2015 17:30:53	Eline Lima Borges	Aceito
Outros	498071150emendaassinada.pdf	15/09/2017 11:07:06	Vivian Resende	Aceito
Outros	49807115parecerassinado.pdf	15/09/2017 11:07:14	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Setembro de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. 01 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@proq.ufmg.br

ANEXO B - Aprovação da realização do estudo no Município de Januária



Enfermagem
UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA-ENB
Av. Prof. Alfredo Balena - 190 - 2º andar - Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3409.9852 Fax: 3409.9853 E-mail: enb@enf.ufmg.br

Belo Horizonte, 01 de agosto de 2017.

Projeto: CAAE - 42807118.0.0000.0149

Prezado Eduardo da Silva Pereira
Secretário Municipal de Saúde
Januária-MG

Prof.ª Eline Lima Borges
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

Encaminho e solicito autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Prevalência e caracterização da clientela com estoma nos diversos municípios do Brasil”. O projeto é coordenado pela professora Eline Lima Borges, pertencente ao Departamento de Enfermagem Básica (ENB) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e conta com a participação de professores e estudantes do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade – área Enfermagem em Estomaterapia da UFMG, inclusive, o enfermeiro Guilherme Lagoeiro Moraes é discente deste curso e faz parte do grupo de pesquisa.

O referido enfermeiro é o responsável pela realização de parte desta pesquisa no Município de Januária-MG que tem por objetivos *identificar a prevalência de pessoas com estoma de eliminação residentes neste Município e caracterizar os estomizados cadastrados no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO) quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas*. Os resultados permitirão ao estudante elaborar o seu Trabalho de Conclusão Curso, além de serem compartilhados com os profissionais e gestores desse serviço de saúde e do Município facilitando a implementação de estratégias específicas para esta clientela.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, necessitando nesse momento, da autorização desta Secretaria para a realização da pesquisa.

Certos de contar com Vossa valiosa colaboração, agradecemos.

Atenciosamente,


 Prof.ª Dra. Eline Lima Borges

Dr.ª Eline Lima Borges
 Professora UFMG
 COREN-MG 42261

Anuência

Diante do exposto sou favorável ao desenvolvimento do referido projeto de pesquisa no município Januária-MG.


Eduardo da Silva Pereira
 Secretário Municipal de Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde
 Januária - MG

x

Eduardo da Silva Pereira
Secretário Municipal de Saúde de Januária-MG