

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

ELISA SIMÕES PEREIRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PREPARO DO PACIENTE E DE SEU CUIDADOR
PARA O CUIDADO COM ESTOMAS BASEADO EM EVIDÊNCIAS: uma revisão
integrativa de literatura**

**BELO HORIZONTE
2013**

ELISA SIMÕES PEREIRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PREPARO DO PACIENTE E DE SEU CUIDADOR
PARA O CUIDADO COM ESTOMAS BASEADO EM EVIDÊNCIAS: uma revisão
integrativa de literatura**

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

Orientador: Prof^ª Dr^ª Miguir Terezinha Vieccelli Donoso

BELO HORIZONTE
2013

Pereira, Elisa Simões

Práticas educativas no preparo do paciente e de seu cuidador para o cuidado com estomas baseado em evidências [manuscrito]: uma revisão integrativa de literatura / Elisa Simões Pereira. - 2013.

58 f.

Orientadora: Miguir Terezinha Vieccelli Donoso.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Estomaterapia - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

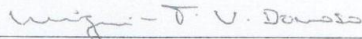
1.Estomas Cirúrgicos. 2.Educação em Saúde. 3.Autocuidado. 4.Cuidadores.
I.Donoso, Miguir Terezinha Vieccelli. II.Universidade Federal de Minas Gerais.
Escola de Enfermagem. III.Título.

ELISA SIMÕES PEREIRA

TÍTULO DO TRABALHO: *“Práticas educativas no preparo do paciente e de seu cuidador para o cuidado com estomas baseado em evidências: uma revisão integrativa de literatura*

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

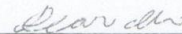
APROVADO: 12 de julho de 2013.



Prof.^a **MIGUIR TEREZINHA VIECELLI DONOSO**

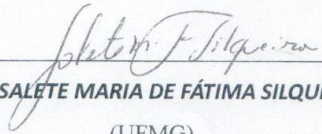
(Orientadora)

(UFMG)



Prof.^a **DACLÉ VILMA CARVALHO**

(UFMG)



Prof.^a **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**

(UFMG)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Filomena e Salvador, e à minha irmã, Francisca, por serem meu exemplo de coragem, determinação, perseverança, força e amor incondicional – vocês são meu alicerce. Ao meu noivo, Ricardo, pelo amor, companheirismo e apoio, por acreditar em meu potencial e por compartilhar seus sonhos comigo. Eternamente grata.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar e sempre a Deus, meu Criador, por estar comigo em todos os momentos, me guiando e me dando forças para continuar a caminhar, mesmo quando eu pensei que não conseguiria. Obrigada, Senhor!

À minha orientadora Prof^a Dra. Miguir Donoso que com sua devoção à Santa Terezinha, auxiliou-me na conquista de mais essa etapa de minha vida. Agradeço pela paciência, pela acolhida carinhosa, e pelo exemplo de professora e ser humano dedicado, ético e comprometido.

À Prof^a Dra. Eline Borges, pela oportunidade de aprendizado, incentivo, compreensão, e pelas valiosas contribuições.

Aos meus familiares e amigos, que comigo construíram laços e ajudaram a desatar nós. Compartilhar minhas incertezas e meus medos com vocês me fez uma pessoa melhor! Obrigada.

À Escola de Enfermagem da UFMG, pelo apoio.

Aos pacientes estomizados, a quem dedico grande parte de minha vida profissional.

À equipe do Hospital Márcio Cunha, em especial às enfermeiras Renata e Lúcia, que gentilmente abriram as portas para que eu desse este grande passo, pela paciência e por proporcionar a realização de meu sonho.

RESUMO

Os estomas intestinais de eliminação consistem na exteriorização do íleo ou cólon para o meio externo através da parede abdominal visando o desvio do conteúdo fecal, estão previstas na abordagem terapêutica de um grande número de doenças. Muitas complicações dos estomas e região periestoma se relacionam ao despreparo do paciente estomizado e cuidador no ambiente domiciliar. Este estudo objetivou identificar programas relacionados às orientações de cuidados para pacientes com estomas intestinais de eliminação, uma vez que há dificuldade para estes e seus familiares em dar continuidade nos cuidados após a alta hospitalar. Espera-se identificar práticas educativas efetivas que contribuam para o autocuidado ao paciente estomizado e cuidador após a alta hospitalar. Foi adotado como referencial teórico a prática baseada em evidência e, como metodológico, a revisão integrativa. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados período compreendido entre 2003 e 2013, em idiomas português, inglês ou espanhol, cuja metodologia adotada permitisse obter evidências fortes, que abordassem as práticas educativas que contribuíssem para o autocuidado ao paciente estomizado e cuidador após a alta hospitalar. Os critérios para exclusão foram estudos que abordassem outro tipo de estoma (não intestinais) e pesquisas qualitativas. Dados dos estudos obtidos foram extraídos para preenchimento de um instrumento de coleta e subsidiaram a classificação dos níveis de evidência e relevância dos estudos. A amostra consistiu de dois estudos produzidos em países diferentes. Ambos foram publicados no idioma inglês e buscaram analisar problemas educacionais relacionados à convivência e ao cuidado com o estoma. Em um artigo a compreensão da informação dada pelo enfermeiro está diretamente relacionada à idade e escolaridade dos pais. Acrescenta-se que a qualidade dos cuidados em nível domiciliar pode ser melhorada através do aumento do número de sessões de treinamento e reuniões com os pais de crianças estomizadas. No outro foi demonstrado que a educação em saúde por meio de tecnologias informatizadas é mais efetiva que as técnicas convencionais. De acordo com este estudo, a ansiedade do paciente pode ser reduzida pela prestação efetiva de informação. Esta informação também pode melhorar a adesão do paciente ao tratamento com vistas à redução do tempo de internação hospitalar e melhora da qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: Estomas cirúrgicos. Educação em saúde. Autocuidado. /enfermagem. Cuidadores.

ABSTRACT

The elimination of intestinal stomas consists of exteriorization of the ileum or colon to the outside through the abdominal wall targeting the deviation of fecal contents are envisaged therapeutic approach on a large number of diseases. Many complications and stomal region peristoma relate to unprepared ostomy patient and caregiver in the home environment. This study aimed to identify programs related to the care guidelines for patients with intestinal stoma elimination, since it is difficult for them and their families to give continuity of care after discharge and also expected identify educational practices that contribute to effective self-care ostomy patient and caregiver after discharge. It was adopted as a theoretical practice evidence-based and as methodological integrative review. There were considered the following inclusion criteria: published articles period between 2003 and 2013 in Portuguese, English or Spanish, whose methodology allowed to gather strong evidence that addressed the educational practice that contribute to self-care and ostomy patient caregiver after discharge. Exclusion criteria was studied that addressed other type of stoma (non-intestinal) and qualitative research. Data were obtained from studies to complete a data collection instrument and supported the classification of levels of evidence and relevance of the studies. The sample consisted of two studies produced in different countries. Both were published in English and tried to analyze educational problems related to living and care for the stoma in an article in the understanding of information given by the nurse is directly related to age and parental education. It adds that the quality of care at the household level can be improved by increasing the number of training sessions and meetings with parents of the children stomized. The other shown that health education through computer technology is more effective than conventional techniques. According to this study, the patient's anxiety can be reduced by providing effective information. This information can also improve patient adherence to treatment in order to reduce the length of hospital stay and improve quality of life for the patient.

Key-words: Surgical stomas. Health education. Self care. /nursing. Caregivers

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	24
4.1 Práticas baseadas em evidências	24
4.2 Revisão integrativa de literatura	27
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
5.1 Apresentação da revisão integrativa.....	35
6 RESULTADOS	36
7 DISCUSSÃO	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA	47
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A	54
APÊNDICE B.....	57

1 INTRODUÇÃO

A origem do termo estoma vem da palavra *stoma*, em grego, significa boca ou comunicação entre um órgão interno e o exterior, sendo nomeado a partir do local do corpo em que foi confeccionado. Os estomas intestinais de eliminação consistem na exteriorização do íleo ou cólon para o meio externo através da parede abdominal visando ao desvio do conteúdo fecal (LUZ et al. 2009).

As colostomias e ileostomias estão previstas na abordagem terapêutica de um grande número de doenças que incluem o câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves, dentre outras (SMELTZER; BARE, 2006). Luz et al. (2009) acrescentam que tais estomas possuem várias formas de classificação, devendo-se abordar às seguintes características: segmento exteriorizado, tempo de permanência, forma de exteriorização, continência, maturação e via de acesso.

Sampaio et al. (2008) afirmam que os estomas intestinais de eliminação podem ser temporários ou definitivos, variando de acordo com a origem da doença. Os temporários objetivam a proteção de uma anastomose e podem ser revertidos após algum tempo, enquanto os definitivos são realizados na impossibilidade de restabelecimento do trânsito intestinal.

Para Gemelli e Zago (2002), independente dos estomas serem temporários ou definitivos, a realização de sua confecção acarreta em uma série de mudanças na vida do paciente, além de requerer um cuidado especializado de enfermagem. Paula e Santos (2003) acrescentam que os estomas intestinais alteram a fisiologia gastrintestinal, a autoestima e a imagem corporal, causando mudanças na vida laborativa, familiar, social e afetiva do estomizado.

Dermatites periestomas, retrações, prolapsos, diarreia e hérnias paracolostômicas são exemplos de algumas complicações citadas por Paula e Santos (2003). Estas autoras acrescentam que tais complicações podem estar relacionadas a diversos fatores, dentre eles destacam-se a idade, alimentação, técnica cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infecções, aumento de peso, localização inadequada do estoma, falta de dispositivos adequados, dentre outros.

Muitas complicações dos estomas e/ou região periestoma se relacionam ao despreparo do paciente estomizado e/ou do cuidador no ambiente domiciliar. Gemelli e Zago (2002) consideram que o cuidado e a orientação do paciente e família para a alta hospitalar são itens fundamentais para o sucesso da reabilitação do estomizado.

Diversos são os fatores que influenciam tanto no autocuidado do paciente como em sua adesão e motivação para o tratamento e as intervenções propostas. Portanto, ao conhecê-los, o enfermeiro torna-se capaz de compreender os desafios do processo de cuidar em estomaterapia (SAMPAIO, 2008).

Para Santos (2006), é indispensável um planejamento individual e sistematizado em cada etapa operatória que o paciente estomizado se encontra, com vistas ao processo de recuperação e reabilitação biopsicossocial, focado principalmente na realização das atividades de autocuidado.

Na fase pré-operatória é indispensável que a equipe multidisciplinar forneça orientações acerca de todo o processo clínico e cirúrgico no qual o paciente se encontra e será submetido. Outra conduta imprescindível é a realização de uma demarcação prévia do local onde o estoma será exteriorizado, o que facilitará a realização de um autocuidado efetivo, além de contribuir para a reintegração social (CESARETTI; 2008).

A realização da primeira troca dos equipamentos, no período pós-operatório, é considerada decisiva, pois é neste momento que se realiza a demonstração inicial da prática e das habilidades essenciais ao autocuidado relacionado ao estoma e região periestomal. A partir deste momento, a capacitação de autocuidado deve ser progressiva até que o paciente estomizado ou cuidador estejam aptos a realizá-lo. Vale acrescentar que no momento da alta hospitalar, cabe ao enfermeiro fornecer informações escritas sobre os cuidados com o estoma no ambiente domiciliar (CESARETTI; 2008).

O paciente estomizado e seu cuidador devem ser muito bem orientados e treinados quanto às habilidades para realizar o seu autocuidado, envolvendo todos os aspectos necessários para a manipulação do estoma, limpeza da pele periestomal, especificações e disponibilidade dos dispositivos.

Gemelli e Zago (2002) afirmam que a alta hospitalar é o momento de transferência do cuidado do paciente do nível hospitalar para o ambiente domiciliar, onde a família e o paciente assumirão a continuidade do cuidado, o que demanda um treinamento especializado. O retorno para a sociedade pode gerar alguns conflitos, ou seja, ao mesmo tempo em que a família se sente feliz e aliviada por ver seu ente voltando para casa, sente medo e insegurança.

César e Santos (2005) acrescentam que para se assegurar à continuidade do cuidado no domicílio e evitar as reinternações, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, garantindo um esclarecimento tanto para o paciente como para os cuidadores. Em um estudo realizado por Gemelli e Zago (2002), observou-se certa dificuldade nos estomizados e familiares em dar continuidade nos cuidados após a alta hospitalar, sendo que

tal dificuldade é caracterizada nos aspectos físicos, emocionais, culturais e sociais, tanto para o paciente como para seu cuidador.

No que se refere aos aspectos físicos, destacam-se as alterações no organismo, relacionadas ao estoma, ou seja, mudanças fisiológicas como alteração da forma de eliminação das fezes, características e odor do efluente e uso de um dispositivo aderido ao abdome (GEMELLI; ZAGO, 2002).

Um programa de preparo do paciente e/ou cuidador para a alta hospitalar, enquanto uma estratégia de educação em saúde pode contribuir para continuidade dos cuidados no contexto domiciliar após a alta, tornando o paciente/cuidador mais confiante, criando independência para as atividades de vida diária e melhorando o estado de saúde do paciente (CESAR; SANTOS, 2005; POMPEO et al., 2007).

Segundo Pompeo et al. (2007), na prática clínica, as orientações da alta hospitalar são dadas no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvidas durante o período de internação. Assim sendo, o paciente e acompanhante recebem muitas informações ao mesmo tempo, ressaltando-se que muitas vezes, estas não são realizadas por escrito, o que dificulta a compreensão do paciente e propicia a ocorrência de erros.

Em uma pesquisa realizada por Domansky (1999), observou-se a necessidade de aprimoramento dos profissionais da área da saúde bem como qualificação de prestações de serviços especializadas. Observa-se assim, que tal realidade perdura até os dias atuais. Pompeo et al. (2007) acrescentam que na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressadas, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Isto contrapõe a literatura, que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internação (SANTOS, 2006).

Domansky (1999) afirma que à medida que o estomizado assume a realização do autocuidado, o mesmo deve receber informações claras e precisas sobre o monitoramento do estoma, bem como pele adjacente, fatores que podem predispor ao aparecimento de complicações, tornando-se apto para a realização do autocuidado e preparado para a alta hospitalar. Dessa forma, considera-se fundamental identificar programas ou trabalhos relacionados às orientações de cuidados para pacientes com estomas intestinais de eliminação, uma vez que segundo Gemelli e Zago (2002), há dificuldade para pessoas estomizadas e familiares em dar continuidade nos cuidados após a alta hospitalar, o que se considera o problema dessa pesquisa.

Assim, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: “quais são as práticas educativas desenvolvidas por profissionais da saúde, direcionadas ao paciente estomizado ou os seus cuidadores, que contribuem para o autocuidado do paciente estomizado após a alta hospitalar?”

Espera-se conhecer o que há de publicações sobre educação e treinamento do estomizado e seus cuidadores, de modo a contribuir com a estomaterapia, no sentido de direcionar profissionais na melhoria de suas estratégias de orientações a pessoas estomizadas e seus cuidadores.

2 OBJETIVO

Identificar práticas educativas que tornem o paciente estomizado apto para o autocuidado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Conceito e aspectos históricos dos estomas

Mendonça (2007) afirma que ostomia, ostoma, estomia ou estoma são designativos oriundos do grego e significam boca ou abertura, utilizados para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas. Dependentemente do segmento corporal de onde provém, recebem nomes diferenciados. Para os estomas intestinais de eliminação podem-se as colostomias e ileostomias; estas têm a finalidade de desviar o trânsito intestinal para o exterior, constituindo-se em uma via alternativa.

A história dos estomas remonta inclusive ao tempo da Bíblia, na qual Praxógoras de Kos (em 350 aC) teria realizado em casos de trauma abdominal. A partir do início do século XVIII, os relatos de colostomias se tornam mais frequentes (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Em 1709 um cirurgião alemão, Lorenz Heister, teria realizado operações de enterostomia em soldados que apresentavam ferimentos intestinais. Contudo, posteriormente descobriu-se que a técnica de Heister consistia na fixação das feridas à parede abdominal e não na realização de verdadeiros estomas (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Em 1776, Pillore realizou com sucesso uma cecostomia inguinal. Em 1783, um cirurgião de Napoleão, Antoine Dubois relata a realização de uma colostomia em uma criança de três dias nascida com imperfuração anal (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A partir de meados do século XX até aos dias de hoje ocorreu uma grande evolução nas técnicas cirúrgicas utilizadas na realização de estomas e nos equipamentos e dispositivos disponíveis. É possível encontrar uma grande diversidade de dispositivos, que visam adaptar-se cada vez mais às necessidades da pessoa estomizada (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Indicação do estoma

Bechara et al. (2005) relatam que os estomas intestinais estão indicadas no tratamento de uma série de doenças, dentre elas pode-se citar: diverticulite, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, trauma, megacólon, anomalias congênitas, colites e retites actínicas e câncer (tumores colorretais, e em casos de obstrução por tumores pélvicos ou nas ressecções ampliadas, dentre outros).

Luz et al. (2009) acrescentam que tais estomas possuem várias formas de classificação, devendo-se abordar às seguintes características: segmento exteriorizado, tempo de permanência, forma de exteriorização, continência, maturação e via de acesso.

A partir da etiologia da doença, o cirurgião indica a realização do estoma temporário ou definitivo. Os estomas temporários são realizados para proteger uma anastomose, tendo em vista o seu fechamento num curto espaço de tempo. Já os estomas definitivos são realizados quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal (GEMELLI; ZAGO, 2002).

Período Perioperatório

Durante o período perioperatório o paciente apresenta grande ansiedade em relação ao procedimento cirúrgico, preocupações com sua família e trabalho, recuperação, condições físicas e psicológicas, mudanças no estilo de vida, alterações da imagem corporal após a cirurgia, além das preocupações com a necessidade de autocuidado e com a aquisição dos dispositivos (ROGENSKI; ROGENSKI; VILARINHO, 2006).

A enfermagem, assim como todos os profissionais de saúde que participam do atendimento ao paciente estomizado deve trabalhar de forma integrada, como uma equipe interdisciplinar. Cada profissional, dentro da sua área específica de formação deve contribuir para que a assistência aos estomizados seja de qualidade e que atenda suas necessidades (ROGENSKI; ROGENSKI; VILARINHO, 2006).

Cabe ao enfermeiro contribuir de forma efetiva e humana, elaborando um plano assistencial individualizado e sistematizado, durante todo o período perioperatório, ou seja, nos períodos pré, trans e pós-operatório. Envolve orientação ao paciente sobre os procedimentos cirúrgicos, mudanças em sua rotina, horários e tipos de alimentação, ensinar o autocuidado, a higiene, troca dos dispositivos, prevenção de complicações, dentre outros (ROGENSKI; ROGENSKI; VILARINHO, 2006). A seguir serão descritas algumas etapas do período perioperatório

Fase pré-operatória

A fase pré-operatória é uma etapa muito importante, pois o paciente se encontra abalado pelas informações acerca de sua doença, da intervenção cirúrgica e da construção de

um estoma. Ressalta-se ainda que a assistência ao paciente com indicação de confecção estoma deve ser planejada, sistematizada e individualizada (MENDONÇA, 2007).

O período pré-operatório inclui a abordagem sobre o conhecimento do indivíduo acerca do diagnóstico e suas perspectivas; investigação dos antecedentes familiares e antecedentes alérgicos, hábitos e alterações de eliminação intestinal; utilização de medicamentos prévios; vida diária e possibilidades de atividades sociais e de trabalho. Além disso, outros aspectos do ensino pré-operatório, autocuidado, estado emocional, padrão sociocultural, estado nutricional, habilidades psicomotoras, topografia da parede abdominal, aspectos da região perineal e demarcação do estoma, também são importantes (MEIRELLES, FERRAZ, 2001).

Demarcação é a determinação ou delimitação dos limites por meio de marcas (BUENO, 2000). Para Meirelles e Ferraz (2001) demarcar o estoma na parede abdominal significa delimitar uma região ideal e proceder a demarcação com o auxílio de uma caneta, com o objetivo de favorecer, durante o ato cirúrgico a confecção de uma abertura anatomicamente adequada que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes com o mínimo de desconforto para o paciente.

A escolha do local a ser confeccionado o estoma é realizada no período pré-operatório e tem fundamental importância. Sua realização é indicada mesmo em pacientes que serão submetidos a procedimento cirúrgico em caráter de emergência (SANTOS; CESARETTI 2000). Meirelles e Ferraz (2001) acrescentam a importância de se proceder à demarcação, no pré-operatório e optar pela colocação de um dispositivo com característica e diâmetro semelhantes àquele a ser utilizado no pós-operatório imediato a fim de conferir a demarcação, ressalta-se que tal procedimento deve ser autorizado pelo paciente.

Para Shellito (1998) e Meirelles e Ferraz (2001), as inúmeras complicações estomais e paraestomais surgem da precária localização do estoma, estando também associadas a outros fatores de ordem mais geral como idade, fragilidade da musculatura abdominal, aumento de peso no pós-operatório entre outros. Todavia, situar o estoma numa área que assegure a aderência do dispositivo e de fácil visualização do paciente considera-se uma importante estratégia de prevenção de complicações.

Para não prejudicar a aplicação do dispositivo, o estoma deverá ser confeccionado longe de incisão cirúrgica, pregas cutâneas e proeminências ósseas. O local escolhido deve ser facilmente visualizado pelo paciente, o que possibilitará o manuseio da derivação com conforto e segurança (MEIRELLES; FERRAZ, 2001).

Fase pós-operatória

No período pós-operatório é necessário observar e avaliar as condições do estoma (localização, coloração, protusão e complicações); controlar a quantidade e o aspecto do efluente; avaliar a adaptação ao dispositivo coletor; realizar a primeira troca do sistema coletor entre 48 a 72 horas após o procedimento cirúrgico; ensinar ações específicas para o autocuidado (como por exemplo, a troca e esvaziamento do dispositivo); retomar o ensino pré-operatório e planejar a alta hospitalar; estimular o retorno gradual às atividades da vida diária; desenvolver um trabalho multidisciplinar com nutricionista, psicólogo, equipe médica, assistente social e fisioterapeuta; avaliar o aprendizado alcançado pelo paciente e familiar; fornecer equipamentos e encaminhar ao serviço ambulatorial (BEZERRA, 2007).

Complicações

As complicações são classificadas de acordo com o tempo. Contando-se a partir da intervenção cirúrgica podem ser imediatas, precoces e tardias. As complicações imediatas aparecem nas primeiras 24 horas de pós-operatório e, dentre essas, se destacam as isquemias/necrose e edema. As complicações precoces aparecem entre o 1º e 7º dia no pós-operatório, que corresponde ao pós-operatório mediato: destas se destacam afundamento ou retração e separação muco-cutâneo e as complicações tardias, que se manifestam após a alta hospitalar, ou seja, quando os familiares ou a pessoa estomizada assume os cuidados com o estoma, destacam-se: estenose, retração, prolapso de alça e hérnia ou dermatites (WRIGHT, 2009).

Grande parte de tais complicações pode ser evitada com o planejamento do local de confecção do estoma e com o uso de técnica cirúrgica adequada. Principalmente nos casos de estomas definitivos, uma maior atenção na sua confecção, que ocorre normalmente ao final do procedimento cirúrgico poderá proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente, com menores taxas de complicações (SANTANA et al., 2010).

Algumas complicações poderão ser evidenciadas no pós-operatório relacionadas ao estoma, dentre elas pode-se citar: dermatite periestomal, necrose isquêmica, retração, prolapso, obstrução, estenose, fístula periestomal, hérnia periestomal, varizes, infecção, sangramento e separação cutâneo-mucosa, granuloma, abscesso periestomal e câncer. Como manifestações sistêmicas, podem ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos, em estomas de alto débito e anemia, em casos de sangramento de varizes localizadas no estoma. Além das

complicações citadas, existe ainda, nos casos de estomas temporários, a morbimortalidade relacionada ao procedimento de fechamento dos mesmos (SANTOS et al., 2007).

Alguns fatores podem favorecer o aparecimento de complicações do estoma como: estado físico debilitado, radiação pré e pós-operatórias, idade avançada e outros. As complicações podem ser reduzidas se algumas medidas forem instituídas: demarcação no pré-operatório, construção adequada do estoma, escolha adequada dos dispositivos, educação do paciente e cuidador e assistência multidisciplinar (SANTOS et al., 2007).

A hérnia periestomal é uma das complicações que está relacionada à confecção de um orifício abdominal grande ou, em caso de pacientes obesos e com mau estado geral ou ainda pelo aumento da pressão intra-abdominal e localização do estoma em incisão operatória anterior. A hérnia surge quando existe um espaço entre o segmento intestinal que forma o estoma e o tecido circundante, configurando um defeito fascial e o resultado é uma saliência total ou parcial na base do estoma. Quando associada à fragilidade muscular periestomal de menor intensidade, o que ocorre em muitos pacientes com colostomia, esses podem permanecer sem correção cirúrgica. Entretanto, algumas hérnias exigem tratamento cirúrgico principalmente por interferirem no uso do dispositivo.

A protusão da alça intestinal sobre o plano cutâneo do abdome pode ser derivada de vários fatores, os quais aumentam a pressão intra-abdominal. Os prolapsos variam de pequeno a grande grau, sendo que os primeiros aumentam discretamente com o passar dos anos e não requerem tratamento cirúrgico, enquanto os de grande grau, em que o intestino se projeta de 5 até 15 cm são considerados incomuns e necessitam de tratamento cirúrgico (SANTANA et al., 2010).

O prolapso é uma complicação rara nos estomas terminais sendo encontrados com maior frequência nos estomas em alça. O prolapso decorre da exteriorização de segmentos intestinais móveis, distantes da fixação anatômica e geralmente estão associados a hérnias para-colostômicas.

Paula e Santos (1999) afirmam que as dermatites periestomais são as complicações mais frequentes e são caracterizadas por lesões, com perda da integridade da pele periestoma, com isso a pele deixa de ser uma barreira protetora contra infecção.

Santos e Cesaretti (2005) classificam as dermatites como:

- Dermatite irritativa, química ou de contato: a pele periestoma é agredida pelo contato direto ou ação corrosiva de enzimas contidas nas eliminações intestinais provenientes da ileostomia ou colostomia direita. Na ileostomia o efluente eliminado é de

consistência líquida e em grande quantidade, enquanto na colostomia direita, a consistência é menos líquida, mas ainda contendo enzimas;

- Dermatite alérgica: apesar do empenho das indústrias fabricantes de dispositivos, em produzirem materiais para estomas hipoalergênicos, atóxicos e seguros, o paciente estomizado pode desenvolver reações alérgicas de contato da pele com produtos na superfície de aderência das bolsas coletoras;
- Dermatite por trauma mecânico: está relacionada ao cuidado prestado (pelo estomizado ou cuidador); remoção abrupta dos adesivos e protetores cutâneos; limpeza agressiva e frequente na área periestoma; trauma frequente da bolsa coletora.

Cuidados com o paciente estomizado

Cesaretti et al. (2000) afirmam que ao se discutir o cuidado à pessoa estomizada, devem-se considerar diversos fatores como: idade, sexo, procedência, escolaridade, entre outros. Esses aspectos são importantes para que seja possível o estabelecimento de informações de acordo com cada pessoa, pois, dependendo da idade, problemas diferenciados poderão surgir. Podem-se citar como exemplo os idosos, nos quais, devido à própria senilidade, algumas habilidades poderão estar afetadas ou diminuídas, causando problemas como os tremores nas mãos, que poderão interferir na adaptação do equipamento no abdome ou a própria diminuição da acuidade visual, que poderá dificultar a visualização do estoma.

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

Cuidados relacionados aos dispositivos coletores

Para facilitar e auxiliar a reabilitação da pessoa estomizada são oferecidos diversos produtos, dentre os quais se destacam os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção de pele, que possibilitam maior conforto e melhor qualidade de vida aos estomizados. Além do uso do equipamento correto, o estomizado requer um atendimento individualizado devido às transformações radicais ocorridas em sua vida (FERNANDES; BORGES; DONOSO, 2011).

Bezerra (2007) afirma que diversos são os produtos destinados às pessoas estomizadas, portanto é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento aprofundado acerca das características dos equipamentos, bem como do estoma e dos hábitos do paciente. Assim ele

poderá indicar o equipamento ideal ao estomizado. Devem ser avaliados aspectos que tragam benefícios como conforto, segurança e praticidade, além de proteção da pele, adaptação adequada e permanência na região periestoma.

A seguir, Cronin (2005) cita alguns fatores que deverão ser considerados na escolha e indicação dos dispositivos e adjuvantes para os pacientes estomizados.

- Tipo de confecção do estoma (cirurgia eletiva ou emergência);
- Tipo de estoma: fezes ou urina;
- Paciente: idade, obesidade, condições gerais e locais, aspectos intelectuais e psíquicos, tipo de doença (extensão, gravidade, dentre outros);
- Local do estoma (na parede abdominal ou períneo);
- Temporalidade (definitivo ou temporário);
- Tipo de estoma (terminal, em alça ou bocas separadas);
- Finalidade do estoma (descompressão, proteção, dentre outros);
- Segmento intestinal envolvido (ileostomia, colostomia ou cecostomia);
- Quantidade e consistência do efluente;
- Características da pele periestomal;
- Sensibilidades ou alergias da pele;
- Destreza manual e deficiências físicas para o autocuidado;
- Habilidades cognitivas para a aprendizagem;
- Preferências pessoais do estomizado;
- Implicações ocupacionais;
- Práticas religiosas e estilo de vida;
- Custo;
- Acessibilidade aos dispositivos e adjuvantes.

A localização do estoma determina a consistência das fezes. Na ileostomia e na colostomia de cólon ascendente, todo o intestino grosso é desviado, não ocorrendo, portanto a absorção completa de água. Consequentemente, as fezes são líquidas e frequentes. Na colostomia de cólon transversal, as fezes são sólidas e modeladas e na colostomia descendente e sigmóide, as fezes são consistentes e moldadas. As fezes eliminadas pelos estomas são chamadas de efluentes (SANTOS; CESARETTI, 2000).

Práticas educativas como estratégia de educação em saúde

A parceria formada entre o paciente estomizado e o enfermeiro é considerada fundamental, visto que ajuda o paciente a aceitar sua nova condição fisiológica, que é viver com um estoma. Essa relação promove a continuidade do cuidado e ajuste psicossocial, aumenta a capacidade dos pacientes para desenvolver habilidades práticas de autocuidado, reduzindo o risco de reinternação, diminuir complicações estomais ou periestomais reduzindo a angústia e o desconforto, promovendo relação custo-efetividade (WILLIAMS, 2012).

Williams (2012) relata que desenvolver um bom relacionamento entre paciente estomizado e o enfermeiro permitirá que as considerações de ensino ao paciente sejam incorporadas no processo de aprendizado, realçando uma abordagem holística para a educação do paciente. Para permitir um bom relacionamento, esse mesmo autor sugere que as qualidades de autenticidade, confiança, aceitação, compreensão, empatia são necessários pelo facilitador, visto que tais qualidades são essenciais para permitir ao paciente adaptar-se psicologicamente enquanto desenvolve habilidades práticas de autocuidado.

Preparo do paciente estomizado para a alta hospitalar

Atualmente, devido à redução de custos, à grande demanda pelos leitos hospitalares, bem como aos riscos que a hospitalização prolongada pode causar, muitos pacientes, algumas vezes, recebem alta assim que os problemas mais agudos são resolvidos. Comumente, esses retornam para as famílias e para a comunidade ainda com uma gama de problemas que demandam assistência de alta complexidade. Desta forma, um programa de alta hospitalar pode contribuir para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade aos cuidados iniciados no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria em seu estado de saúde, bem como sua independência para atividades cotidianas quando suas condições permitirem (CESAR; SANTOS, 2005).

Cunha (2010) afirma o quanto ideal seria se a pessoa estomizada recebesse alta hospitalar somente quando adquirisse um determinado grau de independência quanto à habilidade no autocuidado com seu estoma. Além disso, no momento da alta, a pessoa deveria receber todas as informações quanto à aquisição, tipos de dispositivos e adjuvantes a serem utilizados e ser encaminhada ao programa de assistência ao estomizado de sua localidade.

Segundo a declaração internacional dos direitos dos ostomizados (ABRASO, 1993), o paciente tem direito de receber cuidados de enfermagem especializados no período pré e pós-operatório, tanto no hospital como no ambulatório.

Diversos fatores influenciam tanto no autocuidado do paciente, como em sua adesão e motivação para o tratamento e as intervenções propostas. Conhecê-los é fundamental para a compreensão dos desafios do processo de cuidar em estomaterapia (SAMPAIO et al., 2008).

Uma forma eficaz de promover o cuidado de enfermagem é mediante a aplicação da Teoria do Autocuidado, respeitando seus aspectos essenciais, pois, desse modo, a assistência tornar-se-á direcionada para as necessidades do paciente, além de abordar os aspectos holísticos do cuidar. De forma simplificada, o autocuidado pode ser considerado como a capacidade do indivíduo de realizar todas as atividades indispensáveis para viver e sobreviver. Entre estas estão necessidades físicas, psicológicas e espirituais (SAMPAIO et al., 2008).

César (2005) afirma que o preparo para alta hospitalar é uma estratégia de educação em saúde que contribui para que os pacientes e seus cuidadores sejam capazes de continuar os cuidados, iniciados no ambiente intrahospitalar, com vistas à manutenção ou melhora do estado de saúde, bem como fornecendo condições para que o paciente alcance sua autonomia a nível domiciliar.

A educação em saúde é um processo que requer programas, objetivos e métodos próprios, engendrados por abordagem educativa específica, tendo como propósito a aquisição de comportamentos positivos em relação à saúde, a adoção de atitudes preventivas e tomadas de decisões conscientes e coerentes para a promoção da saúde.

Diferentes abordagens em educação em saúde vêm sendo utilizadas nos serviços de saúde. Frequentemente, as mais utilizadas têm sido as que privilegiam os aspectos preventivos, responsabilizando os indivíduos pelas suas condições de saúde.

Williams (2012) cita quatro condições são fundamentais para promover as habilidades em pacientes estomizados:

- Atenção: garantir que o paciente esteja engajado na sessão de ensino
- Retenção: visa garantir que o paciente tem a capacidade de lembrar o processo da troca do dispositivo.
- Reprodução motora: verificar a capacidade do paciente em realizar cuidados com o estoma.
- Motivação: Desenvolver no paciente o desejo de desenvolver o autocuidado.

A avaliação da capacidade do paciente para participar em cada uma destas condições vai melhorar a sua aprendizagem com o mínimo de stress e ansiedade

Em um estudo realizado por Morais et al. (2008) comprovou-se que é necessário reforçar a informação sobre os aspectos práticos para a vida diária tanto na preparação para a alta, como no acompanhamento após a alta. Bocchi (2004) afirma que as orientações fornecidas são generalizadas e pouco elucidativas, acrescentando outro aspecto percebido na participação da enfermagem nas ações de educação para saúde: a falta de identificação da equipe como educadores em saúde, que nesse sentido é suposto pela não assimilação dessa função como eficaz e resolutiva.

Casate e Corrêa (2005) destacam alguns fatores que dificultam a realização do trabalho pelos profissionais da enfermagem no meio hospitalar, como: a falta de tempo hábil para a prática de atividades educativas, característica curativa e emergencial do profissional e sobrecarga de atividades burocráticas atribuídas ao enfermeiro (REIS; COBUCCI, 2011).

4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este estudo adotou como referencial teórico a prática baseada em evidência e como metodológico a revisão integrativa.

4.1 Práticas baseadas em evidências

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se como referencial teórico a prática baseada em evidências (PBE). Essa é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional, os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado, encorajando a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Evidência é um termo destinado à constatação de uma descoberta sem que haja dúvidas no que se refere a esta. A evidência científica é comprovada, sendo o conhecimento verdadeiro ou falso.

A PBE teve como um de seus precursores o médico britânico Archie Cochrane e surgiu na década de 1980, inicialmente na área da medicina, mas posteriormente foi adotada por outras áreas, inclusive a enfermagem sendo denominada de Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) (INGERSOLL, 2000).

A PBE começou a ser disseminada por meio de um movimento que se iniciou no Canadá, Reino Unido e Estado Unidos, modificando o padrão assistencial, que era totalmente desvinculado do saber científico, para um manejo clínico amparado em evidências científicas. O uso destas requer proficiência do profissional de saúde no sentido de conseguir unir os resultados encontrados em pesquisas e a prática clínica diária. Para isso, o enfermeiro precisa saber captar a informação, interpretá-la em sua essência e conectá-la à prática e aos dados clínicos (DOMENICO; IDE, 2003; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Frente a este cenário, a prática clínica se aproximou dos achados científicos, tendo melhorado a assistência, inicialmente no campo da Medicina. Além disso, tomando-se as evidências como base, as decisões na assistência a saúde devem, portanto, ter um critério consensual, advindo de pesquisas científicas comprovadas, tornando estas, dessa forma, um sustentáculo para a PBE (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste processo, os princípios da Medicina Baseada em Evidências (MBE) foram sendo incorporados a outras áreas, inclusive na Enfermagem, visando a otimização de resultados. A PBE é uma abordagem para a enfermagem que utiliza os resultados da pesquisa, o consenso entre especialistas conhecidos e a experiência clínica confirmada, como bases para a prática clínica ao invés de experiências isoladas e não sistemáticas rituais e opiniões sem fundamentação (CALIRI; MARZIALE, 2000).

A PBE na Enfermagem tem como finalidade melhorar a qualidade do cuidado prestado, conferindo aos profissionais condições de interpretar e integrar as evidências da pesquisa e os dados oferecidos pelo paciente na observação clínica podendo proporcionar resultados efetivos e melhor assistência (GALVÃO; SAWADA, 2003).

Apesar de os estudos apresentarem as vantagens da utilização da PBE, como uma maior qualidade de cuidado, melhora dos resultados dos pacientes, redução de custos e maior satisfação do enfermeiro quando comparada com as abordagens tradicionais, muitos enfermeiros ainda são inconsistentes na implementação do cuidado baseado em evidências (MELNIK et al., 2010).

Gerrish et al. (2008) e Yañez, Klijn (2007) citam a existência de barreiras relacionadas aos profissionais e às instituições de saúde para a implementação da PBE na enfermagem. Dentre as barreiras relacionadas aos profissionais estão a falta de motivação e de conhecimento na condução de pesquisas, compreensão de métodos estatísticos utilizados e dificuldades com o idioma de estudos desenvolvidos em outros países. As barreiras derivadas das instituições de saúde incluem a sobrecarga de atividades e a falta de tempo disponível para que os enfermeiros possam realizar leituras e implementar as evidências disponíveis, além de muitas vezes ser agravado por dificuldades no acesso a periódicos e base de dados.

Galvão, Sawad e Mendes (2003) descrevem a importância da internet para a prática baseada em evidências, visto que ela é um instrumento de pesquisa valioso no momento da busca de informações, diminuindo o tempo e a necessidade de visitas às bibliotecas.

A adoção da PBE requer do profissional novas habilidades para que possa definir critérios como eficácia, efetividade e eficiência, para avaliar a qualidade da evidência disponível e para incorporar e praticar os achados sólidos provenientes da pesquisa. Desta forma, é necessário o uso equilibrado da experiência clínica individual e da evidência clínica externa, pois, uma sozinha é insuficiente (WANNMACHER; FUCHS, 2000).

Mendes, Silveira e Galvão (2008) classificam as evidências em cinco níveis, sendo eles:

- Nível 1: compreende as evidências fortes, tendo, ao menos, uma revisão sistemática de vários estudos randomizados.
- Nível 2: composto por evidência forte por, ao menos, um estudo randomizado e controlado.
- Nível 3: aborta evidências de estudos bem delineados, mas sem randomização, grupo único, coorte e outros.
- Nível 4: baseia-se em estudos bem delineados e realizados em mais de um local.
- Nível 5: de menor força, é o das opiniões de juízes e autoridades, baseando-se em experiências clínicas ou relatórios de especialistas

Para aferir o nível de evidência das pesquisas apresentadas recomenda-se realizar uma classificação de acordo com o delineamento metodológico. Na classificação proposta por Stetler et al. (2006), estudiosos da enfermagem, as evidências encontradas podem ser estratificadas em seis níveis. Essa classificação pode ser visualizada na tabela abaixo (TABELA 1):

TABELA 1
Classificação dos níveis de evidências

Nível de evidência	Fontes de evidência
Nível I	Metanálise de estudos controlados randomizados.
Nível II	Estudo individual com delineamento experimental controlado randomizado.
Nível III	Estudo quase experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós teste ou estudos emparelhados tipo caso controle.
Nível IV	Estudo não experimental: descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa ou estudo de caso.
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável ou dados de programas de avaliação.
Nível VI	Opinião de especialistas na área, de órgãos de regulamentação ou legais.

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

4.2 Revisão integrativa de literatura

Para a elaboração deste estudo utilizou-se como referencial metodológico a revisão integrativa da literatura, visto que esta tem como finalidade reunir e sintetizar o conhecimento já produzido acerca do tema estudado. Roman e Friedlander (1998) afirmam que desde 1980 a revisão integrativa é utilizada como método de pesquisa, proporcionando assim uma busca ampla, com variedades no processo amostral, aprofundando as conclusões e sinalizando as evidências sobre o assunto de interesse.

A revisão integrativa necessita ser diferenciada de outras abordagens: as revisões sintéticas que geralmente escapam da sistematização da busca de dados, limitando assim a abrangência dos resultados; as revisões metodológicas cujo foco é a abordagem metodológica dos estudos avaliados; as revisões teóricas que usualmente propõem modelos relacionais entre variáveis previamente estudadas; as revisões críticas que compreendem uma análise teórica e uma crítica metodológica aos estudos; na metanálise são selecionadas variáveis relacionadas à pesquisa ou ao fenômeno em si mesmo e são examinadas por meio de procedimentos estatísticos para determinar sua influência na efetividade da intervenção. A revisão integrativa diferencia-se principalmente e claramente das duas imediatamente anteriores; em relação à revisão crítica pela clareza na definição do problema da pesquisa e da metanálise que tem em sua condução a realização de uma revisão integrativa e a ultrapassa na avaliação da efetividade da intervenção (BROOME, 1993).

Para Pompeo, Rossi e Galvão (2009) a revisão integrativa deve seguir o mesmo rigor metodológico de uma pesquisa com dados primários a fim de possibilitar ao leitor identificar as características dos estudos analisados.

Na construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas: identificação do tema e questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e suas categorizações; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e por fim a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para Broome (1993) o propósito primário de uma revisão integrativa é mergulhar no entendimento de determinado fenômeno e isto é fundamental no desenvolvimento conceitual próprio do mesmo; uma vez que a elaboração da revisão é sobre conhecimento já produzido e acarreta a evidenciação de possíveis lacunas.

O processo de elaboração da revisão integrativa inicia-se ao definir o problema e a formulação de uma questão de pesquisa que apresente relevância, tal etapa é norteadora para a condução do estudo. É fundamental que o assunto seja definido de maneira clara e específica, com o objetivo direcionado para obter conclusões de fácil identificação e aplicação. A pergunta norteadora deve ser bem delimitada, facilitando assim identificar os descritores para a realização da busca dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, podem ser decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO, nesta uma pergunta é construída incorporando as características do paciente ou problema (P); a intervenção ou indicador (I) da qual se busca a evidência; o controle ou condição habitual a ser comparada (C); e o *outcomes* (O) que na língua inglesa significa desfecho clínico, ou seja, a resposta que se espera encontrar nas fontes de informação científica (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003). A estratégia PICO direciona a elaboração da pergunta norteadora. Nobre, Bernardo e Jatene (2004) acrescentam que após a elaboração da pergunta, podem-se identificar as palavras-chave e assim, construir a base da busca de evidências nos diversos bancos de dados disponíveis.

Na segunda etapa inicia-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. A seleção dos estudos deve ser realizada de forma crítica, seguindo-se o processo de inclusão e exclusão de artigos de forma criteriosa e transparente garantindo assim, a qualidade, confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões finais do estudo. Acrescenta-se que é de suma importância que todas as decisões tomadas frente aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos sejam documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A terceira etapa é caracterizada pela elaboração de um instrumento de coleta de dados a fim de reunir e sintetizar as informações-chave, categorizando o estudo de acordo com o nível de evidência, garantindo a confiança de seus resultados bem como atualização do tema investigado. A tarefa de definir quais serão as características ou informações coletadas é a essência da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Ao analisarem-se os dados com o auxílio de ferramentas apropriadas inicia-se a quarta etapa. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente, com olhar crítico e imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A quinta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados. Nela o revisor realiza a comparação entre o conhecimento teórico e o resultado da avaliação crítica dos estudos incluídos, permitindo que o revisor aponte sugestões, conteste resultados em relação às teorias e faça recomendações para futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na sexta e última fase o revisor deve elaborar um documento que contemple a descrição das etapas percorridas durante o estudo, permitindo que o leitor tenha condição de averiguar a adequação dos procedimentos realizados, bem como os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Primeira etapa: identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa

Nessa etapa definiu-se pesquisar práticas educativas que tornem o paciente apto para o autocuidado. Para tal, o esperado seriam os desfechos: paciente apto para trocar o dispositivo, lavar o dispositivo e cuidar da pele periestoma.

A elaboração da questão da pesquisa foi amparada na estratégia PICO, conforme descrição abaixo (QUADRO 1):

QUADRO 1
Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	Paciente estomizado e cuidador após a alta hospitalar.
I	Intervenção	Práticas educativas para o autocuidado.*
C	Controle ou Comparação	Comparar práticas educativas que tornaram os pacientes (ou cuidadores) aptos com práticas educativas que não foram suficientes para se alcançar os desfechos esperados.*
O	<i>Outcomes/ Resultados</i>	Realização de cuidados com dispositivos e pele periestoma.

*Desfecho: paciente apto para trocar dispositivo, lavar o dispositivo, cuidar da pele periestoma.

Para guiar a presente revisão de literatura, formulou-se a seguinte questão: quais são as práticas educativas desenvolvidas por profissionais da saúde, direcionadas ao paciente estomizado ou aos seus cuidadores, que contribuem para o autocuidado do paciente estomizado após a alta hospitalar?

Segunda etapa: amostragem ou busca na literatura

A partir desta questão descrita de acordo com a estratégia PICO, iniciou-se a busca de literaturas a fim de elucidar o questionamento, para isto, optou-se pela utilização de quatro

bases de dados para o levantamento do estudo, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), é possível consultar simultaneamente as bases de dados supracitadas.

A base de dados LILACS é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e é coordenada pela BIREME. Contém referências bibliográficas na área da Saúde publicadas nos países da América Latina e do Caribe, desde 1982. Contém 605 revistas da área de Saúde, abrangendo mais de 290 mil registros.

A MEDLINE é a principal base de dados na área médica e da saúde produzida pela *National Library of Medicine* dos EUA e indexa referências bibliográficas e resumos de aproximadamente 5000 títulos de revistas da área médica e biomédica publicada nos Estados Unidos e em mais 70 países.

A SCIELO é uma base de dados bibliográficos e um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de países em desenvolvimento originalmente do Brasil. Em seu banco de dados há 985 periódicos científicos de diferentes países em acesso livre e universal.

A Biblioteca Cochrane é uma coleção de fontes de informação atualizada sobre evidências de elevada qualidade na forma de revisões sistemáticas.

Para a localização dos artigos foram selecionadas palavras-chave relacionadas ao tema, tendo como base a estratégia PICO. Em seguida, foi verificado nos DeCS se estas palavras eram descritores controlados, ou seja, palavras-chave utilizadas pelas bases de dados para a indexação de artigos.

Os descritores utilizados na busca online foram: reabilitação (*rehabilitation/ rehabilitación*); estomas cirúrgicos (*surgical stomas/ estomas quirúrgicos*); educação em saúde (*health education/ educación en salud*); autocuidado (*self care*); enfermagem (*nursing/ enfermería*); cuidadores (*cuidadores/ caregivers*); pacientes (*patients*). Os mesmos foram agrupados com o objetivo de refinar a busca.

- Reabilitação (*rehabilitation/ rehabilitación*): recuperação das funções humanas ao maior grau possível, de uma pessoa ou pessoas que sofrem de uma doença ou lesão.
- Estomas cirúrgicos (*surgical stomas/ estomas quirúrgicos*): aberturas artificiais criadas pelo cirurgião por razões terapêuticas. quase sempre se referem a aberturas desde o

trato gastrointestinal através da parede abdominal até o exterior do corpo. podem também se referir aos dois extremos de uma anastomose cirúrgica.

- Educação em saúde (*health education/ educación en salud*): a educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente.
- Autocuidado (*self care*): realização pelo paciente das atividades normalmente executadas por profissionais de saúde. Inclui cuidados consigo mesmo, família ou amigos.
- Enfermagem (*nursing/ enfermería*): usado com doenças para cuidados de enfermagem e técnicas próprias de conduta. Inclui o papel da enfermagem nos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos.
- Cuidadores (*cuidadores/ caregivers*): pessoas que provêem cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado de doença ou incapacidade. Podem prestar a assistência em casa, em um hospital ou em uma instituição. Apesar do termo cuidador incluir médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, o conceito também se refere a pais, cônjuges ou outros familiares, amigos, clérigos, professores, assistentes sociais, colegas pacientes.
- Pacientes (*patients*): indivíduos participantes do sistema de cuidados de saúde com o propósito de receber procedimentos terapêuticos, diagnósticos ou preventivos.

Para a combinação dos descritores foram utilizados os operadores booleanos, que são delimitadores das bases de dados representados pelos termos AND, OR e NOT, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos inicialmente para a presente revisão integrativa foram:

- Artigos publicados em inglês, espanhol ou português, com resumo disponível nas bases de dados, no período compreendido entre 2003 e 2013;
- Artigos publicados cuja metodologia adotada permitisse obter evidências fortes (níveis 1, 2 e 3), ou seja, revisões sistemáticas de múltiplos ensaios clínicos randomizados controlados, ensaios clínicos randomizados controlados individuais, ou estudos com delineamento de pesquisa quase experimental.

- Artigos que abordassem as práticas educativas que contribuíssem para o autocuidado ao paciente estomizado e cuidador após a alta hospitalar.

Os critérios para exclusão foram: estudos que abordassem outro tipo de estoma (não intestinais), pesquisas qualitativas e artigos anteriores a 2002, a fim de analisar as evidências mais recentes.

A busca de dados foi realizada no mês de março de 2013, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na qual pesquisou-se as bases LILACS, SCIELO e Cochrane. O acesso ao MEDLINE se deu pelo PubMed. Inicialmente foi realizada uma pré-seleção dos artigos encontrados por meio da leitura do título. Ao surgimento de dúvidas em relação ao conteúdo dos trabalhos, os mesmos foram pré-selecionados para posterior análise dos resumos e/ou textos na íntegra. Nos casos em que apenas o título estava disponível, retratava com clareza o conteúdo do estudo e não atendia aos propósitos da revisão, os mesmos foram excluídos; porém, nos casos que geraram incertezas, o trabalho não foi imediatamente descartado, para posterior análise na íntegra.

Foram encontrados 312 artigos, destes 70 artigos localizaram-se na PubMed e 242 na BVS. Do total, 54 artigos se repetiam (por serem publicados em diferentes bases de dados), restando 258 estudos. Destes, 134 estudos foram excluídos, de acordo com os critérios descritos. Dos 124 artigos restantes, realizou-se a leitura criteriosa dos títulos e dos resumos, sendo que 22 artigos foram selecionados para a análise do texto completo a fim de definir a amostra. Por fim e, utilizando o critério de inclusão pelo nível de evidência desejado, foi obtida a amostra desta revisão integrativa constituída por 02 artigos, os quais contemplam os três critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Para identificação de publicações que respondessem a pergunta: “Que práticas educativas são efetivas para o autocuidado do paciente estomizado e seu cuidador”? utilizaram-se diversas estratégias nas bases de dados. A busca, identificação e seleção dos estudos conforme a base de dados são apresentadas no QUADRO 2:

QUADRO 2
Identificação, seleção e obtenção dos estudos para composição da amostra

Base de dados	Descritores	Estratégia de busca	Artigos		
			Identificados	Selecionados	Obtidos
BVS	reabilitação (<i>rehabilitation/rehabilitación</i>); estomas cirúrgicos (<i>surgical stomas/estomas quirúrgicos</i>); educação em saúde (<i>health education/educación en salud</i>); autocuidado (<i>self care</i>); /enfermagem (<i>/nursing/ / enfermería</i>); cuidadores (<i>cuidadores/caregivers</i>); pacientes (<i>patients</i>)	((cuidadores OR caregivers OR pacientes OR patients) AND (reabilitação OR rehabilitación OR rehabilitation OR "Educação em Saúde" OR "Educación en Salud" OR "Health Education" OR autocuidado OR self care OR "Atividades Cotidianas" OR "Actividades Cotidianas" OR "Activities of Daily Living")) AND ("Estomas Cirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Surgical Stomas") AND la:(("en" OR "pt" OR "es")) AND year_cluster:(("2010" OR "2008" OR "2005" OR "2012" OR "2011" OR "2007" OR "2006" OR "2009" OR "2002" OR "2004" OR "2003"))	242	18	2
PubMed	reabilitação (<i>rehabilitation/rehabilitación</i>); estomas cirúrgicos (<i>surgical stomas/estomas quirúrgicos</i>); educação em saúde (<i>health education/educación en salud</i>); autocuidado (<i>self care</i>); /enfermagem (<i>/nursing/ / enfermería</i>); cuidadores (<i>cuidadores/caregivers</i>); pacientes (<i>patients</i>)	((cuidadores OR caregivers OR pacientes OR patients) AND (reabilitação OR rehabilitación OR rehabilitation OR "Educação em Saúde" OR "Educación en Salud" OR "Health Education" OR autocuidado OR self-care OR "Atividades Cotidianas" OR "Actividades Cotidianas" OR "Activities of Daily Living")) AND ("Estomas Cirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Surgical Stomas") AND la:(("en" OR "pt" OR "es")) AND year_cluster:(("2010" OR "2008" OR "2005" OR "2012" OR "2011" OR "2007" OR "2006" OR "2009" OR "2002" OR "2004" OR "2003"))	70	4	0
TOTAL					2

Terceira etapa: categorização dos estudos

Após a seleção dos trabalhos científicos, foi realizada leitura criteriosa de todos os artigos, com aplicação do instrumento de coleta de dados para categorização dos temas (APÊNDICE A). A categorização dos estudos, ou seja, extração das informações contidas nos estudos selecionados foi realizada com o auxílio de um instrumento. A mesma tem o intuito de contemplar alguns itens básicos do estudo como identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico.

5.1 Apresentação da revisão integrativa

Para análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi utilizado um quadro sinóptico construído para este fim, que contemplou os seguintes aspectos considerados pertinentes: nome do artigo, autores, tipo de publicação, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção estudada, resultados, recomendações/conclusão (APÊNDICE B).

Quarta etapa: análise dos resultados

Os dados foram analisados de forma descritiva, uma vez que os estudos obtidos apresentaram diferentes metodologias e desfechos.

Os estudos da amostra foram classificados em nível de evidência conforme proposto por Stetler et al. (2006). Também foram avaliados quanto a coerência entre o tema, objetivo, metodologia, resultados e conclusão.

Quinta etapa: interpretação dos resultados

A discussão dos resultados foi amparada na leitura referente ao tema estudado. O resultado dessa pesquisa deverá embasar o conhecimento dos profissionais sobre o tema contribuindo para a elaboração de protocolos clínicos.

Sexta etapa: síntese do conhecimento

Os resultados obtidos são apresentados na forma de Monografia e, posteriormente em artigo a ser publicado.

6 RESULTADOS

Na busca sobre práticas educativas efetivas para o autocuidado do paciente estomizado e seu cuidador, encontraram-se muitos artigos que abordavam complicações dos estomas digestivos, relacionados ao manejo do estoma e dos dispositivos. Os trabalhos, na sua maioria, não atendiam aos critérios de inclusão adotados, que seriam artigos publicados em inglês, espanhol ou português, nos últimos 10 anos e, que abordassem práticas educativas efetivas para o autocuidado do paciente estomizado e seu cuidador.

Dessa forma, observou-se uma lacuna na literatura: sabe-se que conviver com um estoma digestivo interfere na mudança de hábitos e na necessidade de adaptação, gerando dificuldades. Porém, as publicações relacionadas à educação e treinamento do paciente estomizado são escassas. Há vários trabalhos qualitativos, interessantes e que buscam responder essa questão de forma subjetiva, contemplando o sujeito estomizado. Porém, na modalidade quantitativa, os artigos relacionados a práticas educativas para o desenvolvimento do autocuidado referiam-se a formas de treinar o estomizado ou sua família.

Foram encontrados dois artigos para compor a amostra, sendo que ambos foram obtidos na base MEDLINE, cujas análises e descrições estão apresentadas a seguir. Estes foram estruturados na forma de quadros sinópticos e, para facilitar a análise dos dados, os estudos foram denominados de Artigo 1 e Artigo 2.

Os dois artigos selecionados são internacionais sendo um da Polônia (Artigo 1) e outro da Inglaterra (Artigo 2), ambos em idioma inglês, publicados respectivamente nas revistas *Annales academiae medicae bialostocensis* e *Journal of Clinical Nursing*.

O Artigo 1 não especifica a formação dos autores, assim como o Artigo 2, entretanto, o segundo o periódico refere-se às práticas clínicas de enfermagem.. Ambos os trabalhos classificam-se como de nível de evidência II.

Buscando-se o *qualis* dos periódicos via Capes, o primeiro artigo não foi encontrado e o segundo classifica-se como A1, o que corrobora a relevância do tema. Os estudos foram publicados nos últimos 10 anos (2005 e 2009).

Ambos os estudos buscaram analisar problemas educacionais relacionados à convivência e ao cuidado com o estoma. A dificuldade encontrada para manejar dispositivos e adjuvantes foi explorada no Artigo 1, que versa sobre educação em enfermagem. O Artigo 2 discorre sobre avaliação e rentabilidade de um programa de ensino aprendizagem para pessoas estomizadas e seus cuidadores, via multimídia, comparado a programa de educação

convencional. Quanto ao desenho metodológico, as duas pesquisas foram randomizadas controladas.

No Artigo 1, foram realizadas reuniões grupais de orientações aos pais de crianças estomizadas por diversos agravos, com posterior aplicação de um questionário sobre condutas orientadas; já o Artigo 2 contou com dois grupos, sendo um grupo controle (GC) e outro grupo experimental (GE). Destaca-se que neste estudo, comparou-se a efetividade de um programa educacional informatizado (GE) a um programa educação convencional, ou seja, o profissional realiza sessões coletivas, fornecendo orientações verbais e básicas (GC).

Apresentam-se a seguir o quadro sinóptico (QUADRO 3):

QUADRO 3

Apresentação da síntese dos Artigos 1 e 2 desta revisão integrativa de literatura:

Nome do artigo	Autores	Delineamento metodológico e nível de evidência	Detalhamento amostral	Dificuldades apontadas pelos estomizados/ cuidadores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendações/ conclusão
<p>Artigo 1: <i>Educational and nursing problems of parents of children with stoma</i></p> <p>Educação e problemas de enfermagem em pais de crianças estomizadas.</p>	<p>Olejnik B; Maciorkowska E; Lenkiewicz T; Sierakowska M.</p>	<p>Estudo experimental individual randomizado controlado</p> <p>Nível de Evidência II</p>	<p>Amostra randômica n= 30 Pais (idade 20-50 anos) de crianças (acima de 2 anos) estomizadas.</p>	<p>A dificuldade em fixar o dispositivo na pele foi observado em 17%.</p> <p>A dificuldade em cortar a base do dispositivo no tamanho ideal foi relatada em 27%.</p> <p>Problemas em manipular adjuvantes foram identificados em 27%.</p> <p>28% negaram qualquer tipo de dificuldade.</p>	<p>Reuniões grupais de orientações aos pais de crianças estomizadas por diversos agravos, com posterior aplicação de um questionário sobre condutas orientadas.</p>	<p>Pais jovens com maior aprendizado constituíram 93% da casuística. Pais com maior escolaridade abstraíram melhor as informações prestadas.</p>	<p>A compreensão da informação está diretamente relacionada à idade e escolaridade dos pais. A qualidade dos cuidados em nível domiciliar pode ser melhorada através do aumento do número de sessões de treinamento e reuniões com os pais de crianças estomizadas.</p>

Nome do artigo	Autores	Delineamento metodológico e nível de evidência	Detalhamento amostral	Dificuldades apontadas pelos estomizados/ cuidadores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendações/ conclusão
<p>Artigo 2: <i>A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients</i></p> <p>Uma análise da eficácia de custo de um programa de educação e aprendizagem multimídia, para pacientes estomizados</p>	<p>Shu-Fen Lo; Yun-Tung; Wang; Li-Yue Wu; Mei-Yu Hsu; Shu-Chuan Chang; Mark Hayter</p>	<p>Estudo experimental individual randomizado controlado</p> <p>Nível de Evidência II</p>	<p>Amostra randômica n= 54</p> <p>Pacientes estomizados com idade > 18 e < 90 anos.</p> <p>*GC: 27 GE: 27</p>	<p>Não abordado</p>	<p>Trabalhou-se com dois grupos (Grupo Controle e Grupo Experimental).</p> <p>No GC, utilizou-se um programa de educação convencional, ou seja, o profissional orienta as sessões coletivas, fornecendo orientações verbais e básicas.</p> <p>No GE, utilizou-se recursos informatizados, vídeos e folders mais detalhados. Houve controle de horas de trabalho, custo de material, número de pessoas envolvidas e escala de autocuidado.</p>	<p>O grupo experimental apresentou melhor compreensão do tema em menor tempo para abstração em relação ao grupo controle.</p>	<p>É recomendado a utilização da tecnologia multimídia para a capacitação de pacientes estomizados e de seus cuidadores acerca de temas relacionados ao estoma. A educação em saúde por meio de tecnologias informatizadas é mais efetiva que as técnicas convencionais. A ansiedade do paciente pode ser reduzida pela prestação efetiva de informação, sendo que esta pode melhorar a adesão do paciente ao tratamento com vistas à redução do tempo de internação hospitalar e melhora da qualidade de vida ao paciente.</p>

*GC: Grupo controle

GE: Grupo experimental

A amostra do Artigo 1 foi composta por 30 pessoas (20 mulheres e 10 homens), pais ou mães de crianças estomizadas e com faixa etária até 2 anos. Pessoas de 20 a 30 anos de idade constituíam 50% da amostra, 43% com 31 a 40 anos de idade e 7% tinham de 41 a 50 anos.

O Artigo 2 utilizou amostra de 54 pacientes (23 mulheres e 31 homens) estomizados e admitidos na unidade cirúrgica do hospital estudado. O Artigo 2 não mencionou a idade dos participantes, somente citou que as idades variaram de 18 a 90 anos.

No item escolaridade dos participantes, o Artigo 1 relatou que a maioria dos pais havia terminado o ensino fundamental (49%), 29% haviam concluído a escola técnica e 16% graduaram-se escolas de ensino superior. Ressalta-se que 6% desta amostra não tinham escolaridade.

Já no Artigo 2, 38% dos entrevistados não tinham escolaridade, 23% tinham ensino fundamental, 18% ensino médio, 13% haviam concluído a escola técnica e somente 5% graduaram-se em escolas de ensino superior. Esse dado não foi detectado em 3% da casuística.

O Artigo 2 questionou com quem os participantes residiam, sendo que 9% viviam com familiares sem mencionar o grau de parentesco, 20% moravam com o cônjuge, 49% moravam com os filhos, 7% moravam com amigos e 12% moravam sozinhos. Não houve diferença significativa nas variáveis demográficas entre o GE e GC.

Observou-se no Artigo 1 que as principais causas da confecção do estoma nas crianças estudadas foi doença de Hirschprung (40%) e atresia anal (37%). Vale ressaltar que o tempo médio da criança ser portadora do estoma foi de um ano e meio.

Não foi mencionado no Artigo 2 as causas da confecção dos estomas.

Avaliando-se o Artigo 1 percebeu-se que 93% dos pais foram previamente informados sobre necessidade de confecção do estoma em seus filhos. No entanto, 7% não obtiveram qualquer informação sobre o assunto. Acrescenta-se que todos os pais foram instruídos sobre como cuidar de uma criança estomizada, mas em momentos diferentes: 53% receberam informações e orientações 24 horas após a cirurgia, 40% receberam antes da alta hospitalar e 7% receberam antes da cirurgia. Após a aplicação do questionário observou-se que 83% dos pais compreenderam razoavelmente as informações e orientações fornecidas pela enfermeira, porém 17% compreenderam pouco. Mesmo assim, todos os entrevistados integrantes do Artigo 1 afirmaram que as informações repassadas pela enfermeira ajudaram no cuidado às crianças estomizadas.

Dos pais entrevistados, 80% trocaram o dispositivo das crianças na enfermaria, na presença da enfermeira (sendo que 67% trocaram o dispositivo várias vezes), porém 20% não realizaram essa troca na enfermaria.

Dentre as dificuldades descritas pelos entrevistados, 17% relataram dificuldade em fixar o dispositivo na pele das crianças, 27% descreveram dificuldades para cortar a base do dispositivo no tamanho ideal, 27% citaram problemas em utilizar adjuvantes e 28% negaram qualquer tipo de complicação.

A dermatite de contato foi observada em 33% das crianças, sendo que a causa das mesmas foi a proteção inadequada do estoma (80%) ou alergia à base do dispositivo (20%). Dentre outras complicações relatadas, observaram-se hemorragias, retrações e prolapso.

Os pais foram orientados inicialmente a realizar a troca dos dispositivos à noite, após o banho e, a maioria dos pais (86%) afirmou que as crianças estavam tranquilas durante a troca.

Observaram-se trocas excessivas de dispositivos, sendo que a principal causa foi o vazamento do efluente em mais de 60% das respostas. O restante dos pais afirmou que a causa de vazamentos foi a incapacidade de usar os dispositivos corretamente, por prática insuficiente.

Segundo 50% das respostas dos pais, o número dos dispositivos a serem fornecidos deve ser aumentado, enquanto 30% afirmaram que a formação dos pais é mais importante, ou seja, a realização de reuniões e a troca de informações entre os pais de crianças estomizadas podem ser rentáveis e úteis, em detrimento de fornecimento de maior número de dispositivos.

Em relação ao Artigo 2, os pacientes do GE receberam treinamentos acerca da anatomia, indicações para a formação do estoma e cuidados com o estoma e irrigação, usando-se filmes e fotos. Cada sessão do programa levou de 30 a 45 minutos, ministrados por instrutores capacitados.

No GC, os pacientes e seus cuidadores ou familiares receberam um folheto explicativo. O instrutor permaneceu no quarto durante 20 minutos discutindo sobre o assunto e esclarecendo dúvidas.

Observou-se uma redução da internação hospitalar nos pacientes envolvidos na educação multimídia, visto que tais métodos de aprendizagem são inovadores e de alta qualidade.

No Artigo 2 estudaram-se também os gastos financeiros com cada grupo. Primeiramente, os pesquisadores calcularam os gastos com a educação dos integrantes de ambos os grupos por minuto, com base nos recursos disponíveis para o enfermeiro realizar intervenções educativas. Posteriormente calculou-se o número total de bolsas de estomas

utilizadas após a cirurgia (esta informação foi coletada para calcular o custo de bolsas utilizadas no processo de aprendizagem para o autocuidado). Após esse cálculo, os custos de curativos também foram computados com base no uso de materiais. Finalmente, computaram-se os custos médios de consulta médica para cada paciente, incluindo-se exames clínicos e laboratoriais, excluindo-se as refeições. Concluiu-se que o serviço do GE foi mais eficaz e menos dispendioso.

Em suma observouse que no Artigo 1 a compreensão da informação está diretamente relacionada à idade e escolaridade dos pais, sendo que qualidade dos cuidados em nível domiciliar pode ser melhorada através do aumento do número de sessões de treinamento e reuniões com os pais de crianças estomizadas. Já de acordo com o Artigo 2 recomenda-se a utilização da tecnologia multimídia para a capacitação de pacientes estomizados e de seus cuidadores acerca de temas relacionados ao estoma. A educação em saúde por meio de tecnologias informatizadas é mais efetiva que as técnicas convencionais. Vale acrescentar que a ansiedade do paciente pode ser reduzida pela prestação efetiva de informação, sendo que esta pode melhorar a adesão do paciente ao tratamento com vistas à redução do tempo de internação hospitalar e melhora da qualidade de vida ao paciente.

7 DISCUSSÃO

As escassas publicações relacionadas às práticas educativas efetivas para o autocuidado do paciente estomizado e seu cuidador constituem um problema para a enfermagem, enquanto área de maior interação com estas pessoas.

Em ambos os artigos observaram-se ações educativas em prol do paciente e de seus cuidadores para que este(s) apresente(m) o mínimo de dificuldades para conviver com o estoma.

Para Barros et al. (2012) a educação necessita contribuir para a auto formação do paciente, ensinando-o a assumir sua condição humana e auxiliando-o a viver. Educar facilita o exercício da autodeterminação e da independência, funcionando como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de um sentido para a vida, melhorando sua autoestima.

O Artigo 1, direcionado aos pais de crianças estomizadas mostrou que pais com escolaridade maior abstraem melhor as informações que outros. Isso parece lógico, no entanto, a constatação numérica desse fato, em pesquisa quantitativa aponta para a necessidade de o enfermeiro levar em consideração a escolaridade dos pais e dos pacientes de maneira mais direcionada, ou seja, a explicação dos cuidados e a forma de se evitar complicações nas crianças estomizadas precisam ser claras, sucintas e com utilização de recursos que subsidiem essa prática.

Para Reveles e Takahashi (2007) o processo ensino-aprendizagem do paciente estomizado e cuidador começa no pré-operatório, no qual o enfermeiro deve estabelecer um bom vínculo com o paciente e a família para ajudá-los a começar a compreender como é a situação concreta a fim de melhor se adaptarem à mudança do estilo de vida. Em seguida, no pós-operatório tem início uma abordagem técnica relacionada ao autocuidado do paciente, que se refere em como proteger a pele ao redor do estoma, como trocar o dispositivo, fazer a higiene, como se alimentar e evitar a formação de gases. Por fim, a aprendizagem continua no domicílio e em grupos de apoio com a finalidade que o paciente e sua família encontrem maneiras de viver normalmente, mesmo tendo que conviver com um estoma.

Um dos achados muito importantes encontrado no Artigo 1 foi que 7% dos pais das crianças que foram estomizadas não obtiveram qualquer informação sobre esse assunto antes da cirurgia. Christóforo e Carvalho (2008) são enfáticas ao referirem que o estresse pré operatório independe do grau de complexidade da cirurgia, mas tem relação com a desinformação no que diz respeito aos procedimentos. Estende-se a necessidade de informações aos pais, em se tratando de atendimento pediátrico.

Foram apontadas várias dificuldades enfrentadas pelos pais no período pós-operatório, dentre elas vazamento de efluente e manejo incorreto dos dispositivos. Essas dificuldades poderiam ser evitadas com ações educativas instrumentalizadas, ou seja, com recursos que aproximassem as simulações das ações reais. Para tanto, pode-se usar dispositivos, manequins, ilustrações e outros recursos promovendo um maior contato dos pacientes ou de seus cuidadores com a realidade.

Em um estudo realizado por Gemelli e Zago (2002) ficou evidenciado a inadequação das ações do enfermeiro para o cuidado e para o ensino do autocuidado, o que certamente contribui para intensificar as dificuldades do estomizado e da sua família, após a alta hospitalar. A inadequação das práticas desses processos reflete a falta de conhecimentos atualizados, nos diferentes temas da reabilitação do paciente estomizado.

O estoma acarreta uma série de mudanças na vida do paciente, e este passará a requerer um cuidado especializado e holístico dos profissionais de enfermagem (ABREU et al., 2009). Dessa forma, visando-se uma prática holística, as orientações de enfermagem são imperiosas para a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores no período pós-operatório.

O Artigo 2 trabalhou com pacientes adultos, em processo educativo na fase perioperatória. No GC, utilizou-se um programa de educação convencional, ou seja, as orientações foram verbais e os próprios autores as classificaram como básicas. Já no GE, utilizaram-se recursos informatizados, vídeos e folders mais detalhados. Essa prática – mais elaborada – trouxe resultados positivos, incluindo uma relação custo-benefício positiva. Os recursos utilizados podem ter sido mais dispendiosos à instituição, porém, resultaram em menor taxa de reinternações e menor necessidade de outros procedimentos.

Williams (2012) confirma que é amplamente reconhecido que o desenvolvimento de cuidados com as habilidades com o estoma aumenta a confiança, ajuda a minimizar, em longo prazo, complicações que podem ocorrer e reduz os custos para os serviços de saúde.

Barros et al. (2012) afirmam que a inserção das tecnologias no contexto da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo enfermeiro na sua relação com o estomizado. Estes mesmos autores acrescentam que o uso de tecnologias que contribuam com a educação em saúde abre novas possibilidades no processo de ensino aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor (enfermeiro), pelo leitor (paciente e familiar) e o objeto do discurso (material educativo escrito).

Apesar de comumente realizado, a confecção de um estoma é considerada um procedimento cirúrgico com potenciais de risco, acompanhada de complicações que na

maioria das vezes são subestimadas (DUCHESNE et al., 2002). A educação ao paciente permite, no mínimo, reduzir a possibilidade de complicações. Williams (2012) acrescenta que a educação deve visar à mudança na maneira que os pacientes pensam, sentem e se comportam em relação a sua recém-formação do estoma e deve contribuir ativamente para facilitar sua reabilitação.

Os trabalhos foram avaliados de forma diferente: no Artigo 1, os pais foram submetidos a questionários, após serem instruídos sobre como cuidar de uma criança estomizada. Já no Artigo 2, a devolutiva dos dois treinamentos diferenciados se deu em relação a taxas de reinternações e retorno dos pacientes com ou sem complicações.

Segundo Melles e Zago (1999), a avaliação não é uma mera atividade técnica, ela incorpora aspectos filosóficos e requer compreensão do propósito da pesquisa e do significado do sucesso. Dessa forma, as pesquisas que envolvem avaliação de processos precisam ser detalhadamente discutidas entre os membros da equipe. Deve-se ter claro, inclusive, o que fazer com os dados levantados. Nenhum dos artigos menciona o que foi feito depois das pesquisas em relação ao direcionamento dos trabalhos educativos.

Na enfermagem a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade, pois o enfermeiro além de ser um cuidador é um educador, tanto para o paciente quanto para a família, realizando orientações (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de práticas educativas efetivas para o autocuidado do paciente estomizado e seu cuidador, deparou-se com escassez de publicações sobre essas práticas. Sabe-se informalmente que há orientações ao paciente estomizado durante o processo de internação, mas há poucos estudos que mostrem a devolutiva dessas orientações. Dessa forma fazem-se necessários estudos primários que abordem educação e treinamento do estomizado, porém, contendo os resultados desse processo.

Os artigos avaliados apresentam resultados melhores nas práticas contendo ilustrações, demonstrações e orientações mais detalhadas. Dessa forma, entendem-se como efetivas as práticas que aproximam o paciente da realidade, seja simulando ou explicando mais detalhadamente.

O enfermeiro, como agente de saúde e educador, atua como um dos principais intermediários, podendo utilizar tecnologias educativas que auxiliem na decodificação de conhecimentos para estomizados e seus cuidadores, tornando conhecimentos antes estranhos em algo familiar.

Todas as publicações sobre as orientações aos pacientes estomizados têm como objetivo esclarecer as dúvidas do paciente e de seus familiares, e principalmente elevar a autoestima do paciente, com enfoque em orientações ao estomizado, utilizando adequada apresentação e com uma linguagem acessível.

As ações educativas para o autocuidado numa perspectiva humanizadora de acolhimento, escuta e respeito do paciente estomizado favorece sua reabilitação e propicia a reinserção deste no seu contexto sócio familiar mais brevemente.

A enfermagem além de ciência é arte e, como tal, necessita de profissionais comprometidos e criativos capazes de assumir o desafio de educar para a saúde utilizando e elaborando diversas tecnologias educativas capaz de realizar promoção da saúde e facilitar do processo educativo em saúde tornando o estomizado coparticipe do seu cuidado. O diálogo mediado por uma tecnologia educativa constitui-se como uma forma de cuidado humanizado promotor da emancipação dos sujeitos.

REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

SHU-FEN, Lo et al. A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients. **Journal of Clinical Nursing**. v.19. 2009. p. 1844-1854.

OLEJNIK, B. et al. Educational and nursing problems of parents of children with stoma. **Annales academiae medicae bialostocensis**. v. 50, n. 1. 2005. p. 163-166.

REFERÊNCIAS

ABREU A.M. et al. Diagnósticos de enfermagem aos clientes submetidos à ostomia intestinal definitiva: uma reflexão existencial de Merleau Ponty. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – REUOL**. v. 3, n. 2, 2009. p. 694-9.

Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO. Declaração dos direitos dos ostomizados. Rio de Janeiro: ABRASO. Disponível em: http://www.abraso.org.br/declaracao_ioa.htm. Acesso em 16/11/2012.

BARROS, E.J.L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 33, n. 2. 2012. p. 95-101.

BECHARA R.N., et al. Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. **Rev bras Coloproct**. v. 25, n. 2, 2005. p. 146-149. Disponível em: http://www.sbcpr.org.br/pdfs/25_2/05.pdf. Acesso em: 10 Mar. 2013.

BEZERRA, I. M. **Assistência de enfermagem ao estomizado intestinal**: revisão integrativa de literatura. 2007. 93f. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews in the development of concepts. RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1993. p. 193-215.

BUENO, Francisco da Silveira. **Mini dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Ed. Rev. e atualiz. 2000.

CALIRI, M.E.L.; MARZIALE, M.H.P. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceito e informações. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.8, n.4, p.103-4. 2000.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Mar. 2013.

CESAR, A.M.; SANTOS, B.R.L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev Bras Enferm**. v. 58, n.6. 2005. p 647-52.

CESAR, Alessandra Mendonça; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 647-52. 2005 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 nov. 2012.

CESARETTI, I. U. R. Cuidando da pessoa com estoma no pós-operatório tardio. **Rev Estima**. São Paulo, v. 6, n.1, p. 27 – 32, 2008. Disponível em:

http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=107%3Arevisao&catid=6%3Aedicao-61&Itemid=77&lang=pt. Acesso em: 28 Out. 2012.

CESARETTI, I. U. R, PAULA, M. A. B; PAULA P. R. Estomaterapia: temas básicos em estomas. In: ROGENSKI, N. M. B; ROGENSKI, K. E.; VILARINHO, R. S. C.

Fundamentos básicos da assistência de enfermagem no pré, trans e pós operatório das cirurgias geradoras de estomas. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária. 2006

CHRISTÓFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2009, vol. 43, n.1, p. 14-22.

CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas**. Uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Editora Pinti, 1997.

CRONIN, E. Best practice in discharging patients with a stoma. **Nurs Times**. v.101, n.47. 2005. p. 67-8.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 3, p. 415-22, maio-junho 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2012.

DOMANSKY, Rita de Cássia. Conhecimento dos profissionais acerca das orientações necessárias para adaptação do paciente a sua condição de ostomizado após a alta hospitalar. Um estudo preliminar. **Rev Esc Enferm USP**. v. 33. Número especial, p. 35-41, 1999.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 01, p. 115-8, jan-fev. 2003.

DUCHESNE, JC; WANG, YZ; WEINTRAUB, SL; BOYLE, M; HUNT JP. Stoma complications: a multivariate analysis. **Am Surg**. v. 68, n. 11, 2002. p. 961-6.

FERNANDES, Rafaela Magalhães; BORGES, Eline Lima; DONOSO, Miguir TerezinhaVieccelli. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev bras Coloproct**. v.30, n.4, 2011. p. 385-392. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a01v30n4.pdf> . Acesso em: 24 de abr. 2013.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm USP**. v. 37. n. 4, p. 43-50, 2003.

GEMELLI L.M.G.; ZAGO M.M.F. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 34-40, 2002.

GERRISH, K. et al. **Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses**. Journal of Advanced Nursing. v.62, n.1, p.62-73, 2008.

INGERSOLL, G. L. **Evidence-based nursing**. Nursing Outlook. v. 48, n.4, p.151-2, 2000.

LUZ, Maria Helena Barros Araújo et al. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. **Texto contexto - enferm.**. Florianópolis, v. 18, n. 1, 2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Out. 2012.

MEIRELLES, Creusa Aparecida; FERRAZ, Clarice Aparecida. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 9, n. 5. 2001. p. 32-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7796.pdf>. Acesso em: 24 de abr. 2013.

MELLES, A.M.; ZAGO, M.M.F. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**. v. 7, n. 5, 1999. p. 85-94.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4,. 2008 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2012.

MENDONÇA, Regiane de Souza. A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.53, n.4, p. 431-435, 2007.

MORAIS, I., et al. (2008) Qualidade de Vida da Pessoa Ostomizada e Seus Cuidadores. **epico**. p. 1-5.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M., JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte I - questões clínicas bem construídas. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n. 4, p.445-9, 2003.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M., JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências . Parte II - Buscando as Evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Bras**. v. 50, n. 1, p.104-8, 2004.

OREM, D.E. Nursing: concepts of practice. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc.; 1985.

PAULA, R. A. B; SANTOS, V. L. C. G. Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestoma em ostomizados da cidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n. especial, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/787.pdf>. Acesso em: 11 de Nov. 2012.

PAULA, Maria Angela Boccara de; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Out. 2012.

POMPEO, D. A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm**. v. 20, n. 3, p. 345-50, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf. Acesso em: 03 Nov. 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 434-8, 2009.

POMPEO, Daniele Alcalá et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dez. 2012.

REIS, Alisson Mateus Freitas; COBUCCI, Ricardo Alexandre da Silva. Preparo para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v.4, n.1, Jul./Ago. 2011.

REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev Esc Enferm**. v. 41, n. 2. 2007. p. 245-50.

ROMAN, A. R; FRIEDLANDER, M. R. Revisão Integrativa de Pesquisa Aplicada à Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.3, n.2, p. 109-112, jul./dez.1998.

SAMPAIO, Francisca Aline Arrais, et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm**. v. 21, n.1, 2008. p. 94-100. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_14.pdf. Acesso em: 24 de abr. 2013.

SANTANA, Júlio César Batista et al. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. **Cogitare Enferm**. v. 15, n.4, 2010. p. 631-8.

SANTOS C.H.M. et al. Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. **Rev bras Coloproct**. v. 27, n.1, 2007. p. 16-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/a02v27n1.pdf>. Acesso em: 24 de abr. 2013.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Nov. 2012.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. In: MATOS, D.; CESARETTI, I. U. R. **Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: aspectos preventivos e terapêuticos**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 12. p. 195-244

SANTOS, V. L. G; CESARETTI, I. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. In: CESARETTI, I. U. R. et al. **O cuidar de Enfermagem na trajetória do ostomizado: pré, tras e pós operatórios**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 113-132.

SHELLITO, P. C. Complications of abdominal stoma surgery. **Dis Colol Rectum**, 1998. p. 1562-1572.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. In: _____. **Tratamento de Pacientes com Distúrbios Intestinais e Retais**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, v. 2. p.1087-1133.

STETLER et al. Utilization-focused reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v.11. n.4, p. 195-206, 1998.

WANNMACHER, L., FUCHS, F. D. Conduta terapêutica embasada em evidências. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.46, n.3, 2000. p: 237-41.

WILLIAMS, Jenny. Patient stoma care: educational theory in practice. **British Journal of Nursing**. v. 21, n. 13, 2012. p. 786-794.

YAÑEZ, A. O.; KLIJN, T. P. **Enfermeria basada em evidencia: barreras y estrategias para su implementacion**. Ciencia y Enfermería. v. 13, n.1, p.17-24, 2007.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Código: _____

1. Identificação do Artigo

Título do artigo:	
Ano de publicação:	
País de origem:	
Idioma	<input type="checkbox"/> inglês <input type="checkbox"/> espanhol <input type="checkbox"/> português

2. Autores

Nome:	
Qualificação do autor (primeiro autor, se mais de um):	<input type="checkbox"/> Pós-doutorado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Acadêmico <input type="checkbox"/> Não evidenciado

3. Periódico

Nome:	
Qualis do periódico _____	
Base de dados	<input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> BDNF <input type="checkbox"/> COCHRANE

4. Características metodológicas do estudo

Tipo de estudo	<input type="checkbox"/> Estudo experimental individual randomizado controlado <input type="checkbox"/> Estudo quase-experimental como grupo único <input type="checkbox"/> Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional <input type="checkbox"/> Estudo de caso
Objetivo(s) do estudo	
Amostra	Seleção: <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra: _____
	Tamanho: inicial: _____ final: _____
	Características: <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Idosos <input type="checkbox"/> Adultos e idosos <input type="checkbox"/> Crianças

	Sexo: Masculino ()	Feminino ()
	Critérios de inclusão	
	Critérios de exclusão	

Tipo de dificuldades relatadas para o cuidado, após realização de estomas intestinais.	
--	--

Tipo de complicações observadas após realização de estomas digestivos	
---	--

Quem realiza o cuidado?	() Paciente	() Cuidador
Tipo de ativa educativa realizada?		
Desfechos avaliados		

Resultados/ Descrever	
-----------------------	--

Recomendações dos autores	
---------------------------	--

Nível de evidência	
--------------------	--

II- Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória metodológica	Método empregado: ()Sim ()Não Sujeitos participantes: ()Sim ()Não Critérios de inclusão: ()Sim ()Não Critérios de exclusão: ()Sim ()Não Intervenção: ()Sim ()Não
---	--

	Resultados: ()Sim ()Não
Metodologia empregada estava suficientemente descrita de forma a ser replicada?	()Sim ()Não
A metodologia estava adequada aos alcances dos objetivos?	()Sim ()Não
Identificação de limitações ou vieses:	()Sim ()Não Descrever quando presente:

APÊNDICE B

Nome do artigo	Autores	Delineamento metodológico e nível de evidência	Detalhamento amostral	Dificuldades apontadas pelos estomizados/ cuidadores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendações/ conclusão
<p>Artigo 1: <i>Educational and nursing problems of parents of children with stoma</i></p> <p>Educação e problemas de enfermagem em pais de crianças estomizadas.</p>							
<p>Artigo 2: <i>A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients</i></p> <p>Uma análise da eficácia de custo de um programa de educação e aprendizagem multimídia, para pacientes estomizados</p>							