

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GLÍCIA CAROLINE ANDRADE RAMOS

AVALIAÇÃO CLÍNICO-DEMOGRÁFICA DOS
OSTOMIZADOS DO ESTADO DE SERGIPE NO PERÍODO DE
2012 A 2013

ARACAJU

2013

GLÍCIA CAROLINE ANDRADE RAMOS

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-DEMOGRÁFICA DOS
OSTOMIZADOS DO ESTADO DE SERGIPE NO PERÍODO DE
2012 A 2013**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

**Orientador: Prof. Dr. Juvenal da Rocha
Torres Neto**

ARACAJU

2013

GLÍCIA CAROLINE ANDRADE RAMOS

AVALIAÇÃO CLÍNICO-DEMOGRÁFICA DOS OSTOMIZADOS
DO ESTADO DE SERGIPE NO PERÍODO DE 2012 A 2013

Aracaju, 4 de novembro de 2013

Autora: Glícia Caroline Andrade Ramos

Orientador: Prof. Dr. Juvenal da Rocha Torres Neto

DME/ CCBS/ Universidade Federal de Sergipe

Aracaju

2013

GLÍCIA CAROLINE ANDRADE RAMOS

AVALIAÇÃO CLÍNICO-DEMOGRÁFICA DOS OSTOMIZADOS
DO ESTADO DE SERGIPE NO PERÍODO DE 2012 A 2013

Monografia apresentada ao colegiado do curso
de Medicina da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito parcial para obtenção
do título de bacharel em Medicina.

Aracaju, 4 de novembro de 2013

Examinador (a)

Universidade Federal de Sergipe

*A Deus, aos meus pais, Gilberto e Maria
Alice, à minha irmã Jéssica, aos meus avós,
Arlindo e Janete, ao meu namorado Emerson e
a toda a minha família e amigos.*

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

(Theodore Roosevelt)

LISTA DE ABREVIATURAS

IOA	<i>International Ostomy Association</i>
SOB	Sociedade Brasileira de Ostomizados
UOA	<i>United Ostomy Association</i>
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo

LISTA DE TABELAS – ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1 – Distribuição da população de pacientes ostomizados do estado de Sergipe conforme faixa etária.

Tabela 2 – Principais indicações para as confecções dos estomas nos pacientes do estado de Sergipe acompanhado pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário no período de 2012 a 2013.

Tabela 3 – Tempo de permanência dos estomas.

Tabela 4 – Localização do estoma na parede abdominal e sua classificação, quanto à adaptação, em adequada ou inadequada.

SUMÁRIO

REVISÃO DE LITERATURA.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. A HISTÓRIA DOS ESTOMAS.....	11
3. EPIDEMIOLOGIA.....	12
4. CLASSIFICAÇÃO DOS ESTOMAS.....	15
4.1 Sutura de maturação.....	18
5. ILEOSTOMIA.....	18
6. COLOSTOMIA.....	20
7. DEMARCAÇÃO DOS ESTOMAS.....	21
8. COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO ESTOMA.....	23
9. A AUTO-IRRIGAÇÃO.....	27
10. MORBIDADE ASSOCIADA À RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL..	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO NA REVISTA.....	36
ARTIGO CIENTÍFICO.....	46
1. RESUMO.....	48
2. ABSTRACT.....	48
3. INTRODUÇÃO.....	48
4. OBJETIVOS.....	52
4.1 Objetivos gerais.....	52
4.2 Objetivos específicos.....	52
5. PACIENTES E MÉTODOS.....	53
6. RESULTADOS.....	54
7. DISCUSSÃO.....	56
8. CONCLUSÃO.....	62
TABELAS.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

1. INTRODUÇÃO

Estoma é uma palavra derivada do grego que significa abertura de uma boca, ou comunicação, entre um órgão interno e o exterior, com a finalidade de suprir a função do órgão afetado, podendo ser intestinal ou urológico. No presente estudo, trataremos apenas do primeiro tipo. Os estomas intestinais podem ser realizados no intestino delgado ou no intestino grosso, recebendo a denominação de ileostomia e colostomia, respectivamente.

Colostomias e Ileostomias estão previstas na terapêutica de muitas doenças: câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves e proctite actínica. A finalidade é permitir a passagem de fezes por três motivos, basicamente: remoção do ânus em cirurgia de amputação abdominoperineal ou proctocolectomia definitiva; quando há obstrução ou perfuração intestinal com peritonite fecal; e, por fim, quando há necessidade ou indicação de proteger uma anastomose. Suas características quanto ao tipo, localização, tamanho, forma de exteriorização (em alça ou terminal), superfície, contorno podem variar de acordo com a técnica utilizada, com o segmento exteriorizado, com a causa básica e com o tempo de permanência (provisória ou permanente) (LUZ, 2006).

Em um estudo realizado com 115 pacientes, as indicações para a confecção dos estomas distribuíram-se da seguinte forma: câncer (66,9%), trauma (5,2%), doença diverticular (12,2%), retocolite ulcerativa (6,9%). Dos estomas realizados pelas neoplasias, 90,9% eram colostomias e 9,1%, ileostomias. No trauma e na doença diverticular, as colostomias foram realizadas, preferencialmente; já nas doenças inflamatórias, as ileostomias foram responsáveis por 100% dos estomas (PAULA; SANTOS, 1999).

Outra referência citou indicações em condições pouco usuais como a constipação idiopática crônica grave, em paraplégicos após lesão medular traumática e na colite colagenosa (SANTOS, 2007).

É importante ressaltar que um estoma implantado atinge o paciente como um todo, afetando tanto sua estrutura física, como sua unidade biopsicossocial. Muitos preferem a morte ao estoma. A imagem que fica, muitas vezes, é que o médico lhe tirou algo: sua integridade, sua continência. A perda do ânus, a distorção da imagem corporal, a sensação de mutilação, a violação involuntária das regras de higiene, a deterioração social, a impotência

sexual – grande parte de origem psicológica – e as fricções familiares são apenas algumas das novas experiências vivenciadas pelo estomizado (SILVA, 2006).

Raveles e Takahashi (2007), afirmaram que o grande desafio dos profissionais de saúde é “melhorar a qualidade da assistência através da implementação de instrumentos para proporcionar ao cliente um cuidado mais humanizado”.

2. A HISTÓRIA DOS ESTOMAS

Na história que envolve a confecção dos estomas, tem-se que Alex Littre é considerado “pai da colostomia” e seu idealizador, no ano de 1710 (SILVA, 2010). O primeiro estoma bem sucedido foi uma colostomia realizada em 1793, pelo Dr C. Duret, professor de Cirurgia no Hospital Militar da Marinha de Brest, em um bebê de 3 dias com ânus imperfurado (ANDERSON, 1982).

A colostomia em alça com bastão foi introduzida em 1883 por Maydl e a colostomia em duas bocas foi proposta por Block em 1892. A primeira ileostomia foi realizada em 1879 por Baum, na Alemanha, para o tratamento de um tumor obstrutivo de cólon; nessa época, esse procedimento era raramente praticado, pois havia muitos fatores limitantes como a difícil adaptação do paciente, e importantes distúrbios nutricionais e metabólicos (JATOBÁ, 1997).

Diversas técnicas foram buscadas a fim de obter a melhor maneira de exteriorizar as alças intestinais, pois, por mais que se buscasse a excelência, estes procedimentos eram acompanhados de altos índices de morbimortalidade.

Em 1930, McBurney exteriorizou a ileostomia separadamente da incisão cirúrgica principal, abrindo espaço para novas e boas idéias. Ainda nessa década, ocorre a primeira tentativa de uma bolsa coletora (era um dispositivo de borracha, aderente, que cobria o estoma, impedindo o vazamento de conteúdo para a pele) (GARITY, 1993).

A década de 50 foi um marco no desenvolvimento dos estomas tanto nas técnicas cirúrgicas (surge a técnica de eversão total da mucosa proposta por Brooke, que contribuiu para a melhora na qualidade de vida dos estomizados) quanto nos equipamentos. A proposta de Turnbull e Brooke impulsionou a busca de novas técnicas com o objetivo de se buscar a

continência, que estimulou o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas com preservação esfíncteriana.

De um modo geral, até a década de 50, os acontecimentos estavam mais voltados para a evolução das técnicas cirúrgicas do que aos seus cuidados. Essa década foi fundamental para as pessoas com estoma, pois surgiram as primeiras Associações de Estomizados e início das atividades que hoje são conhecidas como Estomaterapia.

Em 1962, oficializou-se a criação da *United Ostomy Association* (UOA) na cidade de Cleveland (EUA) que se tornou um importante centro de treinamento em cuidados para ostomizados, é aí que surge o primeiro Curso de Estomaterapia no mundo. Em 1975, surge a *International Ostomy Association* (IOA), congregando a UOA e mais outras 62 associações, promovendo o cuidado em saúde, ajudando na reabilitação de estomizados e na melhora de sua qualidade de vida. No Brasil, a Estomaterapia teve início com a implantação do Curso de Especialização para o pessoal da enfermagem na Universidade de São Paulo, no ano de 1990.

Em nosso país, as associações fortaleceram-se com a criação da Sociedade Brasileira de Ostomizados (SBO), hoje Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Em 1992, foi criada a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) que realiza inúmeras atividades científicas visando sempre o aprimoramento na área e, conseqüentemente, um melhor cuidado ao paciente estomizado.

O Ministério da Saúde, por meio da portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009, estabeleceu as diretrizes para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas, no SUS. Com essa portaria, todos os pacientes portadores de estomas, urinários ou intestinais, com indicação para concessão de dispositivos coletores seriam atendidos.

3. EPIDEMIOLOGIA

Falar sobre a epidemiologia dos estomas não é fácil, por ser esse um tema que demanda um registro de informações, além disso, constituem seqüelas ou conseqüências de doenças ou traumas (morbidade) e não causas ou diagnósticos, situação que dificulta ainda mais sua notificação (MELO, 1994).

Dados dessa população podem ser obtidos em publicações sobre esse tema ou ainda em sites de organismos nacionais ou internacionais relacionados como a ABRASO, a IOA e a UOA. Segundo o vice-presidente da IOA, Vladimir Kleinwachter, há cerca de 1 estomizado para cada 1000 habitantes em países com boa assistência médica, podendo ser inferior em países menos desenvolvidos. Seguindo essa estimativa, no Brasil, no ano 2000, teríamos cerca de 170 mil estomizados. Para a ABRASO, em 2003, havia 42627 estomizados em 23 estados brasileiros, cadastrados junto às associações estaduais, dos quais 53% eram mulheres (SANTOS, 2007).

Se por um lado esbarra-se na pobreza das estatísticas sobre essa população, reconhece-se que é nas causas para a confecção dos estomas que se encontra o maior respaldo da literatura.

As neoplasias malignas constituem a principal causa na confecção dos estomas. Segundo dados do INCA, em Aracaju, de 2000 a 2005, foram notificados 61 casos novos de câncer de cólon, 21 de câncer de reto, 11 de câncer de intestino delgado e 5 de câncer de ânus e canal anal (INCA, 2011). As estimativas para o Brasil, no ano de 2012, foram de 14.180 novos casos de câncer do cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres (INCA, 2011). Assim, muitos destes pacientes serão, provavelmente, portadores de um estoma, seja ele temporário ou definitivo.

Santos e Koizumi (1992), em uma análise com 40 pacientes, ratificaram que a principal causa para a indicação das colostomias foi o câncer de reto. Em Nogueira et al (1994), as neoplasias intestinais representaram 77,8% das indicações. Andrade et al (1999), em uma análise com 58 pacientes, observaram que 63,8% dos pacientes estomizados eram por câncer de cólon e reto. Com Paula e Santos (1999), em pacientes com a faixa etária entre 45 e 64 anos, as principais causas foram o câncer de cólon, reto, bexiga e ginecológico (63,2%). Em Batista et al (2003), dos 102 adultos, 73,6% realizaram o estoma por neoplasia colorretal.

Os traumas ou causas externas também representam um percentual significativo na origem da confecção dos estomas, principalmente no meio urbano que convive diariamente com a violência, um grave problema na saúde pública.

No estudo realizado em um hospital público de Teresina (PI), com uma amostra de 19 pacientes, no ano de 2007, os traumas representaram 31,58% das causas que levaram à construção dos estomas intestinais (LUZ et al, 2009). Em outro estudo, o trauma foi a segunda

causa mais prevalente, correspondendo a 43,9% da amostra (SANTOS; KIMURA; CHAVES, 2006). As causas traumáticas, por arma branca ou por arma de fogo, refletem a realidade social onde foi realizado o estudo, por isso podemos encontrar grandes variações em seus percentuais (SANTOS; BEZERRA, 2007).

Outras indicações que aparecem na literatura são: doença inflamatória intestinal, polipose familiar, doença diverticular, obstrução intestinal, fistula retovaginal, câncer de colo uterino metastático, megacólon chagásico, síndrome de Fournier e hérnia encarcerada.

A neoplasia colorretal e o trauma são as principais indicações na confecção das colostomias. A distribuição dessa ostomia em relação ao gênero e à idade varia de acordo com a causa mais prevalente em cada análise. Quando a principal causa é o trauma, vê-se a predominância de pacientes jovens e do sexo masculino. Quando as neoplasias colorretais são as causas dominantes, a diferença em relação ao gênero não é estatisticamente significativa e a faixa etária é de uma clientela, predominantemente, acima dos 45 anos. A doença inflamatória intestinal e a polipose familiar, as quais acometem pessoas mais jovens em ambos os gêneros, são as principais enfermidades que levam a confecção de uma ileostomia (MEIRELLES, 2001).

Diversos autores avaliaram o perfil demográfico da população submetida aos estomas intestinais, permitindo-nos conhecer um pouco mais sobre os pacientes que compõe essa amostra. Souza Jr et al (1989) avaliaram 164 pacientes ambulatorialmente e obtiveram os seguintes resultados: 56% do sexo feminino, com predomínio da 3ª, 5ª e 6ª décadas de idade. Em outros estudos, o percentual em relação ao gênero variou, ora predominando pacientes do sexo masculino, ora pacientes do sexo feminino. Através da análise de 483 prontuários constatou-se que: 50,8% dos pacientes eram do sexo masculino; neste, 57,1% tinham até 19 anos; e, no grupo das mulheres, 52,8% tinha entre 45 e 64 anos (PAULA; SANTOS, 1999). Vasconcellos et al (2006), também através da análise de prontuários, verificaram que 51% eram do sexo feminino, e 59,1% tinham mais de 60 anos. Com Batista et al (2003), 62,3% eram do sexo masculino; sendo a média de idade 54,9 anos.

De uma maneira geral, a preeminência do gênero masculino ou feminino nos diversos estudos variou, mas não de uma forma estatisticamente significativa, seguindo a distribuição, como já esperado, de acordo com a principal causa para confecção da amostra.

A realização do estoma tem um impacto na sexualidade do indivíduo por afetar diretamente a imagem corporal do paciente. No homem e na mulher podemos observar a diminuição, ou até perda, da libido, tendo esses problemas origem psicológica na maioria dos casos. A presença de um(a) parceiro(a) compreensivo(a) ajuda na reabilitação e reinserção do paciente na sua vida social e profissional, contribuindo para a aceitação do seu corpo e da sua sexualidade frente a sua nova imagem corporal.

Analisando os ostomizados em relação a sua situação conjugal, percebeu-se que, na grande maioria das literaturas consultadas, os pacientes são casados, com percentuais que variam de 47,37% (LUZ et al, 20009) a 67,4% (PAULA; SANTOS, 1999). Bechara et al (2005), em um estudo realizado para avaliar o impacto da abordagem multidisciplinar aos ostomizados, mostraram que a maior parte era casada (62%), seguida pelos viúvos (19%), solteiros (16%) e divorciados (3%). O cônjuge é o elemento mais próximo do portador de ostomia e conhece bem seus hábitos e preferências, podendo fornecer informações importantes para a execução de um plano terapêutico e de reabilitação, que facilitem a adaptação do paciente a essa nova condição de vida.

4. CLASSIFICAÇÃO DOS ESTOMAS

No que diz respeito ao tempo de permanência, pode-se dizer que o estoma é definitivo ou temporário. Os estomas definitivos são realizados quando o aparelho esfinteriano e o ânus forem removidos cirurgicamente, quando existem condições locais que impedem a amputação, por exemplo, em um câncer retal invasivo, e quando condições sistêmicas ou de cura impedem a amputação, por exemplo, em pacientes com doença disseminada ou com péssimas condições gerais.

Os estomas temporários são utilizados para proteção de anastomoses colorretais realizadas em condições desfavoráveis, em ressecções colorretais sem condições de anastomose imediata e em ocorrências sem possibilidade ou indicação de ressecções colorretais como abdome agudo perfurativo ou obstrutivo ou lesão retal em curso de cirurgias ginecológicas.

Os estudos mostram que os percentuais de estomas definitivos variam de 31,58% a 73,7%, e os de estomas temporários variam de 14,5% a 68,42%. Havendo, de uma forma geral, predominância dos estomas definitivos (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008). Santos et al (1986), em uma amostra de 173 pacientes, mostraram e ratificaram que as colostomias definitivas representavam a grande maioria dos procedimentos realizados.

O tempo médio de permanência de uma ostomia variou em diversos estudos analisados. Em uma pesquisa realizada para traçar o perfil epidemiológico dos pacientes de um centro do nordeste brasileiro, esse tempo foi de 15,7 meses, com uma variação de 3 a 284 meses (SILVA, 2010). Para Curi et al (2002), o tempo médio de permanência foi de 10 meses, com uma variação de 2 a 60 meses. Em outras literaturas, esse período médio variou: 32,8 meses (SOBRAL, 2008), 42,2 meses (SOBRAL, 2006). Sendo estas superiores à média encontrada na literatura mundial que é de 5,7 a 9,8 meses (SOUZA, 2006).

A forma do estoma também pode variar, sendo classificada em terminal (ou simples), em cano duplo e em alça.

Os estomas terminais são feitos apenas com a extremidade proximal da alça intestinal, sendo constituídos pela alça eferente, que deixa passar as fezes; na ileostomia ou colostomia terminal, a porção do intestino é exteriorizada com uma única boca que é suturada à pele. Todos os estomas definitivos devem ser terminais, pois permitem uma melhor adaptação das bolsas, com exceção em casos de patologia de base muito graves em que a expectativa de vida é muito curta, como nos casos de câncer metastático e invasivos. As colostomias terminais são realizadas, preferencialmente, no sigmóide ou descendente, quer a indicação tenha sido abordada por amputação abdominoperineal, quer por ressecção retossigmoidiana.

Os estomas em cano duplo são aqueles em que uma alça intestinal móvel é trazida para fora da parede abdominal, com a finalidade de proteger uma anastomose ou desviar o trânsito fecal.

Os estomas em alça têm por finalidade desviar o trânsito fecal, seja para proteger uma anastomose insegura, seja para restabelecer o trânsito intestinal impedido por um processo obstrutivo sem condições de ressecção, ou para desviar o trânsito frente a uma condição abdominal grave, prevenindo-se, por exemplo, uma sepse pélvica. A extremidade proximal da alça é fixada à pele pela mucosa, formando um botão ou saliência, que proporciona uma melhor adaptação à bolsa. Nos estomas em alça, quando a alça é exteriorizada (seja ileal ou

colônica), faz-se a abertura na face antimesentérica e suturam-se as bordas das duas bocas na pele (ROCHA, 2011).

Vale ressaltar, que os estomas intestinais devem ser feitos em alças com boa mobilidade e comprimento adequado.

Em uma análise com 67 pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal, a maioria dos procedimentos realizados foi do tipo colostomia em alça (50,7%) (CURI et al, 2002). Em outro estudo, das 152 colostomias confeccionadas, 48 (31,6%) eram em alça e 104 (68,4%), terminais; das 21 ileostomias, 5 (23,8%) eram em alça e 16 (76,2%), terminais (SANTOS; BEZERRA, 2007). De uma maneira geral, há uma maior construção de ostomias do tipo terminal. Em apenas uma das literaturas consultadas, observou-se maior percentual dos estomas em alça (FREITAS NETO; SARAIVA, 1981). A ostomia em “duas bocas” foi citada em um estudo da nossa revisão e correspondia a 18,75% das colostomias e a 33,33% das ileostomias (LUZ et al, 2009).

Em relação à localização, podem ser classificados em Ileostomias e Colostomias, se os mesmos forem realizados no íleo ou no cólon, respectivamente. Um dos fatores mais relevantes na técnica das Ileostomias é a eversão da mucosa e protrusão da alça, tornando-a saliente, com aspecto mamilar, 3 a 6cm da borda cutânea. Assim, o efluente cai diretamente na bolsa coletora, diminuindo as chances de ocorrer dermatite de contato por conta da secreção ileal, que é bastante alcalina. As colostomias, porém, podem ficar no mesmo nível da pele, pois as fezes que saem do cólon são mais consistentes e menos irritantes, por possuírem um pH neutro. Para coletar os efluentes provenientes dos estomas, são utilizadas as bolsas de ostomias, compostas por uma placa adesiva que adere à pele e, sobre ela, a bolsa coletora. Estas podem ser encontradas em diversos tipos e modelos, de acordo com as diferentes necessidades e dimensões dos estomas.

O Ministério da Saúde divulgou a RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 325, DE 18 DE ABRIL DE 2013, que altera a RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 e regulamenta o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector. Garantindo aos pacientes, principalmente aos mais necessitados, o uso da bolsa coletora.

O local mais adequado para exteriorizar o intestino, delgado ou grosso, é lateralmente à linha média da parede abdominal, através do músculo reto abdominal, preservando as

laterais do abdome para possíveis estomas. A incisão na pele, tecido subcutâneo e aponeurose é transversa, com 4 a 5cm, localizada 4cm acima e lateralmente à cicatriz umbilical, se procedimento em cólon transverso, e 4cm abaixo e lateralmente se for ileostomia (SOUZA JR, 1994).

4.1. SUTURA DE MATURAÇÃO

É preferível que a maturação dos estomas seja precoce, conforme proposto por Brooke em 1952 (SOUZA JR, 1994). A anastomose íleo-cutâneo, ou colo-cutânea, deve ser realizada com fio absorvível, sendo habitualmente empregados os fios de catgut simples ou cromado, poligalctina ou polidioxonona 4-0. Esse procedimento torna o estoma proeminente na parede abdominal, facilitando muito a adaptação da bolsa, sem escorrer o conteúdo fecal sobre a placa. A maturação deve aguardar o fechamento da parede abdominal, evitando, assim, a contaminação do campo cirúrgico.

Para a maturação da ileostomia, a derivação intestinal deve ser manipulada através da liberação dos grampos cirúrgicos, somente após o fechamento da incisão abdominal. Com duas pinças Babcock, procede-se à eversão do estoma. Para preservar a eversão, os pontos da maturação devem compreender a parede intestinal em sua totalidade, incluindo a camada seromuscular do íleo ao nível da pele. Pontos “cardeais” servem de orientação para a maturação, devendo ser amarrados de forma a permitir uma adequada eversão do estoma, sem desvio lateral.

Na maturação da colostomia, alguns empregam a incisão longitudinal no cólon na espessura da ténia antimesenterial, já outros praticam a incisão transversa, sendo menos lesiva à vasculatura que irriga o cólon e de fechamento mais fácil.

Na literatura não se encontrou referências que relatem a realização da sutura de maturação; nem se esta, quando realizada, foi produzida de forma adequada ou não.

5. ILEOSTOMIA

Na ileostomia, o estoma localiza-se no intestino delgado (íleo), sendo eliminada toda e qualquer capacidade de absorção do cólon. Suas fezes são líquidas ou pastosas, porém, com o passar do tempo, o intestino delgado vai assumindo, em parte, a função reabsortiva do cólon, assim, as fezes ficariam mais endurecidas. Em geral, é permanente, e sua exteriorização se dá, na maior parte dos casos, no quadrante inferior direito (QID) do abdome.

As técnicas para a confecção das ileostomias podem ser, basicamente, de dois tipos: Brooke ou Continente.

A técnica de Brooke é a mais antiga e nela há remoção do cólon, reto e ânus. A porção terminal do íleo dilata-se com o tempo e assume algumas funções do ceco. O volume de fezes é pequeno, porém uma quantidade significativa de líquidos e eletrólitos (principalmente o sódio) é perdida diariamente.

A técnica de Ileostomia Continente envolve a criação de um reservatório abdominal para o armazenamento das fezes utilizando uma porção do íleo terminal. Uma parte desse íleo é invaginada para formar um mamilo valvular colocado no mesmo nível na parede abdominal. O objetivo desta técnica é preservar o íleo terminal e o piloro ileocecal, diminuindo o volume de líquidos e perda de eletrólitos nos primeiros dias após a cirurgia, o que ameniza as alterações metabólicas decorrentes do aumento na velocidade do volume entérico e diminuição da área de absorção dos nutrientes. No pós-operatório tardio, há uma melhor regulação da ileostomia, o que diminui as lesões de pele adjacentes. O orifício também é menor, facilitando o uso das bolsas coletoras e produzindo um melhor efeito estético. Silva (1991) relatou 2 casos de ileostomia continente definitiva com excelentes resultados. Em outro relato de caso, agora com 4 pacientes mostrou bons resultados com essa técnica, tanto no aspecto funcional, como em redução de morbidade (FORMIGA et al, 1998).

Nas ultimas décadas verificou-se uma grande evolução nos cuidados relativos ao estoma, o que melhorou muito a qualidade de vida dos doentes. A realização de cirurgias colorretais que preservem os esfíncteres com anastomoses tem levado muitos cirurgiões a optarem pela ileostomia em alça, com a finalidade de reduzir as complicações resultantes da sepse pélvica durante o período de cicatrização. Um estudo com 48 pacientes submetidos a ileostomia em alça mostrou ser esse um método de derivação fecal seguro, com um baixo índice de complicações (CARMEL et al, 1994).

As principais indicações para a ileostomia são: colite ulcerativa, doença de Crohn, trauma e polipose familiar. As ileostomias terminais são especialmente indicadas no tratamento seletivo das doenças inflamatórias intestinais e polipose familiar (MEIRELLES, 2001).

6. COLOSTOMIA

Na colostomia, há a exteriorização do cólon na parede abdominal. Diversos segmentos do intestino grosso podem ser utilizados e quanto mais a direita se posiciona a ostomia, mais amolecidas serão as fezes. Existem seis tipos de colostomia, em relação a sua topografia: ascendente, colostomia do transverso, colostomia do transverso com cano duplo, colostomia da asa do transverso, descendente e sigmóidea.

A topografia das colostomias foi analisada em uma revisão de 119 casos com os seguintes resultados: 49% de transversostomias, 3% de cecostomias e 11% de sigmoidectomias (LIMA, 1987). Em outra série com 31 pacientes, 77,41% localizavam-se em cólon transverso e 22,58% em sigmóide (FREITAS NETO; SARAIVA, 1981).

A Colostomia Ascendente é pouco comum, fica localizada próximo à porção terminal do íleo exteriorizando no quadrante superior direito (QSD), com fezes liquefeitas ou pastosas que fluem continuamente. A Colostomia do Transverso é, geralmente, temporária, utilizada em casos de obstrução intestinal e perfuração do abdome conseqüente a trauma; na técnica com cano duplo, faz-se uma abertura proporcionando o descanso do cólon para posterior anastomose; o paciente possui dois estomas, um ativo (proximal) que drena fezes e um inativo (distal) que drena muco. A Colostomia Descendente é o tipo de derivação fecal mais utilizado, o estoma está localizado no quadrante superior esquerdo (QSE) e as fezes são pastosas ou semi-sólidas. A Colostomia Sigmoidea também é muito utilizada, o estoma localiza-se em quadrante inferior esquerdo (QIE) e as fezes são sólidas por estar muito próximo ao reto.

As principais indicações de Colostomia são: diverticulose, doença de Hirschsprung, obstrução do cólon, trauma, fístula retovaginal, tumores inoperáveis de cólon, polipose

familiar, descanso do cólon para posterior anastomose, situações de urgência, cancro do cólon, sigmóide ou reto, e anomalias congênitas.

Os estudos mostram que a grande maioria dos estomas realizados são colostomias de caráter definitivo. Em 164 pacientes ambulatoriais, as colostomias representaram 79,9% dos estomas realizados (SOUZA, 1989). Na avaliação de 40 colostomizados submetidos a auto-irrigação da colostomia, verificou-se que todas tinham caráter definitivo (KOIZUMI, 1992). Nogueira (1994), com 45 estomizados, observou que 82,2% eram colostomias, de caráter definitivo em sua maioria. Em outro estudo com 58 pacientes, 82,7% eram colostomias e 12,1%, ileostomias, a maioria dos estomas em caráter definitivo (ANDRADE, 1999). Vasconcellos et al (2006) analisaram 635 prontuários dos quais: 79,6% eram colostomias e 13,6% ileostomias, tendo caráter definitivo em 64,5% dos procedimentos.

7. DEMARCAÇÃO DOS ESTOMAS

Apesar de a ostomia ser um procedimento com uma morbidade preocupante, podendo levar, inclusive à óbito, normalmente é relegada à procedimento secundário, não se observando detalhes técnicos importantes na sua confecção como, por exemplo, a demarcação do estoma. Não se sabe em que momento foi idealizada a primeira demarcação de um estoma, mas se sabe que está é de fundamental importância no pré-operatório para uma adequada localização do estoma no abdome do paciente garantindo uma maior segurança e bem-estar.

De acordo com Zerbetto (1999), na maioria das vezes, a “demarcação é negligenciada”; neste estudo, dos 76 pacientes submetidos ostomizados, nenhum deles realizou a demarcação pré-operatória. Santos (1993), refere que há um grande número de estomizados com dificuldades no auto-cuidado por conta de estomas mal localizados. Infelizmente, a demarcação ainda não é um procedimento sistematizado, sendo muitas vezes delegada a um cirurgião menos experiente, ou nem mesmo é realizada.

É importante não confundir localização com posicionamento, pois este diz respeito à melhor colocação na parede abdominal de modo a satisfazer cada paciente individualmente, tornando o manuseio da bolsa o mais confortável possível. Esse posicionamento deve obedecer algumas condições gerais e individuais. As condições gerais referem-se ao que se

deve ou não fazer, como por exemplo, evitar a colocação de estomas em locais de difícil acesso e manuseio (proximidades ósseas, cicatrizes, regiões de reentrância e fora da vista do paciente), sendo preferidas as saliências da musculatura dos retos abdominais. As condições individuais levam em consideração biotipo, hábitos sociais e profissionais que devem ser abordados com o paciente no pré-operatório.

De uma forma geral, as Ileostomias devem ser confeccionadas no QID e as Colostomias no QIE, a menos que exista um fator que dificulte ou impeça essa implantação, seja ele genérico ou individual. A demarcação deve ser vista como uma parte importante e fundamental do pré-operatório, pois o correto posicionamento influi em uma melhor aceitação pelo paciente, tendo o Estomaterapeuta um papel fundamental neste processo.

Sobral et al (2008), em um estudo retrospectivo, com análise de 98 prontuários, obtiveram os seguintes resultados em relação à localização abdominal dos estomas: o flanco esquerdo foi a mais frequente, com 58 casos (59,2%), seguido pelo hipocôndrio direito (16,3%), fossa ilíaca esquerda (11,2%), hipocôndrio esquerdo (7,1%), flanco direito (4,1%) e fossa ilíaca direita (2%).

Nas ocasiões em que a demarcação não pôde ser realizada vale a seguinte regra: para doentes próximos ao peso ideal, o estoma deve ser posicionado através do reto abdominal poucos centímetros abaixo da cicatriz umbilical sobre a linha que une esta à espinha ilíaca ântero-superior; em obesos, a posição do estoma deve ser deslocada alguns centímetros cranialmente, a fim de evitar situar o estoma sobre o excesso de tecido subcutâneo, podendo posicionar-se ao nível da cicatriz umbilical ou acima dela. A cicatriz umbilical, pregas de pele, outras cicatrizes e proeminências ósseas devem ser mantidas a pelo menos 5 cm do local do estoma para não prejudicar a aplicação da bolsa coletora.

A incisão mediana deve ser a preferida, pois a presença de cicatrizes paramedianas compromete a função futura do estoma, por uma dificuldade de aplicação do dispositivo coletor, através do reto abdominal.

Em um estudo realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, foram avaliados 178 pacientes. Destes, 90 (50,6%) apresentaram uma adaptação inadequada ao estoma. Essa má adaptação foi devido, principalmente, à escolha inadequada do local de confecção na parede abdominal, sendo mais comum em cirurgias de

urgência, mostrando a importância do planejamento pré-operatório (SANTOS; BEZERRA, 2007).

8. COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO ESTOMA

O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas foi decisivo para a redução no número de complicações relacionadas com esses procedimentos. Muitas complicações locais são decorrentes de erros técnicos durante a confecção, da falta de planejamento pré-operatório adequado ou de cuidados insuficientes por parte do paciente ou de quem lhe assiste (SANTOS; SOUZA, 1994).

Os princípios da confecção de um bom estoma incluem a irrigação da extremidade do intestino, a ausência de tração ou tensão e a exteriorização do cólon pela parede abdominal através do músculo reto abdominal suturado à pele. Alguns outros fatores de ordem geral podem favorecer o aparecimento de complicações como idade avançada e, até mesmo, desnutrição.

Fang et al mostraram que um terço da sua clientela teve complicações e 77,7% tinham idade acima de 40 anos. Em relação ao gênero, não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas na literatura (PAULA; SANTOS, 1999).

Segundo Kretschmer (1994), as complicações resultam da “combinação de um ou mais dos seguintes fatores: erro no diagnóstico, na indicação ou na técnica operatória”. Lima (1994) afirmou que um bom resultado depende, essencialmente, de um bom preparo intestinal. Trabalhos mostram índices de complicações que variam de 16% a 90% (SANTOS, 2007).

Os estomas estão sujeitos a complicações que podem ocorrer tanto imediatamente após a sua confecção (precoces), quanto algum tempo depois (tardias). Estas costumam determinar uma piora acentuada no estado geral do paciente, determinando, muitas vezes, a necessidade de uma reintervenção para sua correção. As complicações precoces estão muito ligadas a cirurgias de emergência, quando não há um planejamento prévio para a realização do estoma; as tardias surgem alguns meses depois da confecção e estão muito ligadas à doença de base. As principais complicações precoces dos estomas são isquemia ou necrose da

alça, sangramento, retração, infecção e dermatite. As complicações tardias são estenose, obstrução, prolapso, hérnia paraestomal e fistulas. Podem ocorrer também abscessos, varizes periestômicas, distúrbios hidroeletrólíticos e neoplasias.

Moreira (1995), dividindo as complicações em precoces e tardias, encontrou, no primeiro grupo com 50 pacientes, sangramento (5,7%) e abscesso periestomal (2,9%); e, no segundo grupo com 48 pacientes, prolapso (14%) e hérnia paracolostômica (12,5%).

Tanto a isquemia quanto a necrose decorrem do comprometimento do suprimento sanguíneo na alça estomizada, pelo uso de suturas contínuas, ligaduras de artérias, pela tensão excessiva e até mesmo por infecção. Detectada a complicação, esta deve ser abordada cirurgicamente, caso contrário pode ocorrer: deiscência da maturação com retração ou estenose (que pode dificultar, ou até mesmo impossibilitar, a adaptação das bolsas), ou queda do estoma para a cavidade abdominal, causando peritonite fecal.

Sangramentos podem aparecer na borda da incisão oriunda de pequenos vasos da submucosa ou do mesentério. É uma complicação incomum, sendo mais observada em ileostomias do que em colostomias, já que naquelas, a doença inflamatória intestinal é uma das principais indicações. Roberts et al (1990), em um estudo com 12 pacientes que tiveram hemorragia, verificaram que todos eram portadores de colite ulcerativa (CRUZ et al apud ROBERTS, 1990). A terapêutica inicial inclui a pressão local direta, e aplicação de gelo; outras opções incluem a realização de suturas hemostáticas, uso de beta-bloqueadores e escleroterapia. Goldstein et al (1980) concluíram em uma revisão que o controle local de grandes hemorragias é ineficaz, sendo *shunts* porta-sistêmicos uma boa solução (CRUZ et al apud GOLDSTEIN, 1980).

Retração é mais prevalente nos casos em que não houve uma maturação adequada ou primária, podendo ocorrer também associada à necrose do estoma, por infecções periestomais, fixação ineficaz do tubo intestinal e em pacientes com constipação.

As complicações infecciosas devem ser levadas em consideração. A flora colônica representa um risco potencial de infecção em qualquer procedimento que envolva a luz intestinal (SARTOR; SOUZA, 1994).

As dermatites são encaradas como uma complicação bastante comum, sendo considerado um fenômeno esperado. Analisando os cuidados que deve-se ter com a pele periestomal, Borglund (1988) citou os tipos de dermatite mais frequentes: irritativa, alérgica,

lesão pseudoverrucosa e foliculite (PAULA; SANTOS apud BORGLUND, 1988). São mais comuns nas colostomias de cólon direito, do cólon transverso e nas ileostomias. As principais causas são: má adaptação do dispositivo, higiene inadequada, infecções (principalmente por fungos) e sensibilidade ao material utilizado. Em um estudo retrospectivo sobre as complicações relacionadas aos estomas, a dermatite foi a mais frequente, com um percentual de 43,3% (PAULA; SANTOS, 1999).

A estenose pode ocorrer devido à falha técnica ou recidiva da doença de base e passou a ser menos observada após o advento da técnica de Brooke. Na literatura, destaca-se o trabalho de Allen-Mersh & Thomson (1988) que, com uma amostra de 125 pacientes, 65 apresentaram estenose (53%), sendo esta a complicação mais comum. Em outro estudo, das 21 complicações encontradas em 276 estomas, houve apenas 4 (19%) estenoses (CRUZ et al, 2008). Esses resultados mostram que a literatura pode fornecer resultados divergentes a depender da população e do ano estudado.

O prolapso é uma complicação mais observada em colostomias em alça, do que em colostomias terminais, podendo variar desde uma protusão mucosa simples, até uma grande exteriorização (CRUZ et al, 2008). Geralmente, suas causas são: abertura exagerada na parede abdominal com túnel parietal amplo, fixação insuficiente do estoma, aumento da pressão intra-abdominal e alça sigmóide alongada e redundante. É observada uma associação com hérnia paraestomal. Na ausência da hérnia, o tratamento geralmente não requer uma laparotomia. Se o prolapso ocorre pouco depois da construção do estoma, este sofre uma incisão na junção mucocutânea e o cólon é novamente suturado; se ocorre meses depois da cirurgia, a incisão é feita dentro da mucosa.

A hérnia paraestomal é incisional e ocorre ao redor do estoma na parede abdominal, não necessitando, geralmente, de intervenções cirúrgicas, exceto quando ocorre encarceramento ou estrangulação da alça intestinal. Atualmente, é mais comum nas situações em que o cólon é exteriorizado lateralmente ao músculo reto abdominal, ou quando a incisão é extremamente grande em relação ao diâmetro da alça exteriorizada.

A fistula é uma complicação tardia que pode ser consequência de: sutura transfixante da aponeurose, recidiva da doença ou uso de material inadequado. Tem um risco de peritonite associado e, por isso, muitas vezes necessita de uma cirurgia urgente.

Os abscessos, quando de pequeno porte, decorrem, muito provavelmente, de infecção do tecido periostomal, sendo drenado, sem maiores riscos de complicações posteriores. Porém, a grande maioria dos abscessos tem como principal mecanismo a perfuração da extremidade intraparietal do estoma, assim, o conteúdo intestinal é quem alimenta o abscesso (CRUZ et al, 2008). As principais causas para a formação destes são as perfurações intestinais resultantes de pontos para a fixação da parede intestinal em alguma estrutura parietal, e a própria doença de base do paciente. A abordagem nesses casos é cirúrgica, com laparotomia e reconstrução do estoma. A frequência dessa complicação variou em diferentes estudos; segundo Goliguer (1990), esta ocorreu em uma pequena proporção de casos; já de acordo com Maac (1990), em um trabalho realizado com 207 pacientes, esta foi a complicação mais freqüente, correspondendo a 30% dos casos estudados.

As varizes periostômicas decorrem de comunicações portossistêmicas em pacientes com quadro de hipertensão portal, sendo mais comuns em ileostomias do que em colostomias. Essa complicação pode coincidir com trombozes venosas portais, resultando em ascite. Os sangramentos que podem ocorrer por conta desta complicação são bastante significativos e recidivantes, exigindo um severo controle hemorrágico, através de extensas suturas das varizes.

As neoplasias representam a complicação mais rara das ostomias. O surgimento do carcinoma no sítio de uma colostomia é incomum, mas pode ocorrer ao longo dos anos e apresenta altos índices de morbimortalidade. Os fatores de risco para o desenvolvimento desta complicação são: lesão neoplásica metacrônica (aquela que reincide no mesmo órgão ou em segmentos remanescentes que foram parcialmente ressecados), colectomia oncológica com ressecção inadequada das margens, polipose e metaplasia colônicas secundárias à doença inflamatória intestinal. O risco neoplásico é semelhante ao de qualquer outra porção do cólon, sendo elevado quando associado à lesão metacrônica. Clinicamente, pode-se verificar tumoração local, sangramento e obstrução intestinal. A conduta para tal situação é a ressecção ampla, incluindo parede abdominal, com reconstrução da colostomia; porém, apresenta, em seu diagnóstico precoce, a melhor forma de controle da doença.

Porter et al (1989) relataram as principais complicações que acometeram 142 pacientes: dermatites (13,5%), hérnia (9,3%), estenose (8,7%), prolapso (3,2%), abscesso (1,6%) e fístula (0,8%) (PAULA; SANTOS apud PORTER et al, 1989). Cezareti (1993) mostrou, em outro estudo, que a minoria (17,5%) apresentou complicações, sendo 7% hérnia,

6,1% prolapso e 4,4% retração (PAULA; SANTOS apud CEZARETI, 1993). Para Granados-Garcia et al (1996) as complicações mais frequentes em 50 estomizados foram o prolapso (14%), a estenose (14%) e a dermatite (6%) (PAULA; SANTOS apud GRANADOS-GARCIA et al, 1996).

Makela, Turku e Laitinen (1994) evidenciaram, em 156 pacientes, 27% de colostomizados com hérnia e 24% de ileostomizados com retração. Gooszen et al (1998) mostraram uma frequência de complicações em ileostomizados de 24,3% e em colostomizados de 2,5%. De uma forma geral, as hérnias e os prolapsos incidem mais sobre as colostomias, enquanto as retrações e dermatites estão mais associadas à ileostomias.

Em uma metanálise com 5 estudos randomizados sobre a comparação das complicações entre colostomias e ileostomias temporárias verificou-se que as primeiras foram mais propensas a complicações em pacientes com cirurgias eletivas para câncer de colorretal, enquanto que as ileostomias mostraram uma maior tendência a complicar após o seu fechamento (SOBRAL et al, 2008).

A confecção adequada de um estoma é vital na qualidade de vida de um paciente, sendo necessário aprimorar ao máximo a técnica e os cuidados pré, intra e pós-operatórios para que as complicações sejam minimizadas.

9. A AUTO-IRRIGAÇÃO

A criação de um ânus incontinente e artificial na parede abdominal leva o estomizado a uma distorção na sua imagem corporal, ligada à lesão do próprio corpo e à perda na habilidade em controlar a eliminação das fezes. Assim, a irrigação e o sistema oclisor da ostomia são recursos importantes na reabilitação desses pacientes (SILVA, 1999).

Alguns estomizados, por dificuldade na eliminação do efluente, necessitam de procedimentos mecânicos para esvaziar o intestino. Os métodos naturais de esvaziamento amparam-se na dieta equilibrada, com bastante água, fibras e sais minerais; mas, há controvérsias em relação a este método, por tornar a dieta bastante limitada e afetar ainda mais a qualidade de vida.

O procedimento mais elementar de reeducação é a lavagem intestinal. Esse método foi sugerido pela primeira vez no século 18 como um meio de controlar a passagem de fezes e gases pelo estoma. Na década de 1950, com o aperfeiçoamento de materiais e métodos, a irrigação passou a ser amplamente utilizada. Santos & Koizumi (1989), introduziram o termo “auto-irrigação”.

A “auto-irrigação” nada mais é do que a introdução de líquido, com ou sem emulsificante, no espaço intestinal, através do estoma, sendo realizada a cada 24, 48 ou 72 horas conforme a necessidade de cada um. Tem por finalidade estimular uma peristalse intensa para desencadear uma evacuação programada, conseguindo regular hábito intestinal, obtendo sua continência. É fundamental o indivíduo readquirir um controle das exonerações, tendo na ausência de vazamentos, odores e flatulências a devolução de algo que lhe foi tirado, fundamental no processo de reabilitação e recuperação da auto-estima.

Esse procedimento tem uma indicação restrita, pois é utilizado apenas em colostomias esquerdas, terminais, de uma boca e definitivas, do cólon descendente e sigmóide, não podendo ter outros comprometimentos intestinais (síndrome do cólon irritável) ou gerais (como problemas cardíacos).

A auto-irrigação é vantajosa, no sentido de resgatar uma auto-imagem positiva do paciente, melhorando sua qualidade de vida e permitindo uma liberdade alimentar. As desvantagens existem, mas não impedem a opção por esta técnica.

Um estudo que abordou os significados psicológicos atribuídos à irrigação mostrou que os colostomizados que não praticam a auto-irrigação encaram o estoma como algo menos simples e de grande dimensão, comparado àquele que se auto-irrigam. Esse resultado levou a inferir que o uso da irrigação simplifica o dia-a-dia do ostomizado, tornando o estoma algo menos aparente e visível (SILVA et al, 1999).

10. MORBIDADE ASSOCIADA À RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL

A exteriorização de um segmento intestinal é usada há quase três séculos, como uma alternativa para o tratamento das lesões em intestino delgado, cólon e reto. Apesar de o fechamento do estoma ser considerado um procedimento de fácil execução, não é isento de

complicações, com taxas de morbidade e mortalidade que variam de 0 a 50% e de 0 a 4,5%, respectivamente (CURI et al, 2002).

Bocic et al (1999), em uma série com 132 pacientes, relataram um índice de morbidade de 36,2% e de mortalidade de 1,7%. Bannura et al (1999), com 100 pacientes, tiveram taxas de 34% e 1,7% de morbidade e mortalidade, respectivamente. Habr-Gama et al (1997), após avaliação de 73 pacientes, demonstraram taxas de morbidade de 34,2% e de mortalidade de 3,6%. Carreiro et al (2000) obtiveram uma casuística com ausência de óbitos. Rey et al (2000), em uma amostra de 56 pacientes, verificaram índices de morbidade de 25%, sem óbitos. Moreira et al (2002), com 67 pacientes, evidenciaram 19,2% de morbidade e ausência de óbitos.

Existem fatores que influenciem a evolução clínica destes pacientes submetidos à reconstrução do trânsito intestinal: complicações nos estomas, técnica operatória empregada no fechamento e a experiência do cirurgião, uso consciente de antibióticos e os cuidados pré e pós-operatórios.

Silvana Marques e Silva et al (2006) analisaram as complicações nas reconstruções de trânsito intestinal. Foram incluídos 70 pacientes e as intercorrências divididas em clínicas e cirúrgicas. Entre as primeiras foram avaliados vômitos, íleo paralítico, diarreia, fezes sanguinolentas, pneumonia e outros; estas ocorreram em 58,4% dos pacientes, sendo mais frequente os vômitos (21,4%) no pós-operatório. As complicações cirúrgicas foram: infecção ou deiscência da ferida operatória, febre, evisceração, fístula digestiva e outros, representando 35,5% do total. Em outra análise (CARMEL et al, 1994), a complicação mais comumente observada nos pacientes submetidos à reconstrução foi a obstrução intestinal, que ocorreu em 1,5% a 15% dos pacientes.

A experiência do cirurgião e a técnica cirúrgica empregada interferem nos índices de morbimortalidade, pois foi evidenciado que os pacientes operados por residentes apresentaram uma taxa de complicação maior do que aqueles nos quais a cirurgia foi realizada por um cirurgião mais experiente (CURI et al, 2002).

O uso de antibióticos profiláticos é importante nas cirurgias com manipulação intestinal e relaciona-se com a melhora nas taxas de complicações pós-operatórias. Um estudo que avaliou o fechamento das colostomias revelou que a antibioticoterapia profilática é o único fator que reduz o índice de complicações no pós-operatório. (SOBRAL, 2008)

O preparo mecânico intestinal também constitui uma medida importante, pois a presença precoce de conteúdo fecal nas anastomoses pode levar a complicações indesejadas que retardam a cicatrização.

Por conta da alta morbidade, acabou-se indicando o estudo pré-operatório do cólon com enema opaco ou colonoscopia para diagnosticar previamente estenoses, fístulas ou lesões neoplásicas, adiando o ato operatório ou aumentando a ressecção colônica. Porém, estudos mostram que essa indicação não se faz necessária de forma rotineira. Enema opaco e colonoscopia, apesar de exames com baixa morbidade, aumentam os custos e o desconforto para o paciente. Além disso, estão normais na maioria dos casos, não alterando a conduta terapêutica (SOBRAL, 2006).

O tempo de permanência do estoma até a realização da reconstrução variou entre as literaturas consultadas: 15,7 meses (SILVA et al, 2010), 32,8 meses (SOBRAL, 2008), 42,2 meses (SOUZA et al, 2006). Sendo estas superiores à media encontrada na literatura mundial que é de 5,7 a 9,8 meses (SOUZA et al apud SOLA, 1994). Concluiu-se que o tempo ideal para o fechamento dos estomas seria de 2 a 6 meses após a sua realização, e que nos pacientes cujo o tempo de fechamento foi inferior a 3 meses, a taxa de complicação foi de 69%, aproximadamente, duas vezes maior do que aqueles com tempo de fechamento superior (CURI et al, 2002).

Vários têm sido os estudos realizados para tentar definir quais os fatores relacionados à morbimortalidade na reconstrução do trânsito intestinal, qual o tempo ideal para a realização da cirurgia, qual a melhor técnica cirúrgica, qual o impacto do preparo intestinal e qual a interferência do uso de antibióticos nos resultados finais.

Uma ostomia pode ser um sério limitador da qualidade de vida, pois causa uma alteração na imagem corporal, na auto-imagem e na identidade, ligadas à lesão o próprio corpo. Essa alteração leva a um processo de reconstrução no qual o significado do estoma passará por diversas fases. Uma abordagem multidisciplinar, com uma boa assistência já no pré-operatório, favorece o paciente, facilitando sua reabilitação, com uma melhor aceitação e adaptação à nova imagem corporal, e estimulando o auto-cuidado (SILVA et al, 1999).

Observou-se a necessidade de estudar os diversos tópicos relacionados às ostomias, por ser esse um procedimento importante no curso do tratamento de várias patologias, como as neoplasias colorretais (cada vez mais prevalentes em nosso meio) e ter peculiaridades

interessantes em sua indicação e confecção. É esperado que esses resultados ajudem a avaliar melhor as variáveis que interferem na qualidade da ostomia, nas complicações e nos processos de reconstituição do trânsito intestinal. Ao revisar os dados clínico-demográficos deste tema, serão abordados pontos fundamentais para a atualização da sistematização dos cuidados com o paciente ostomizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECHARA RN et al. Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. **Rev Bras ColoProct**, 2005;25(2): p 146-146.
- BONARDI RA. Atualização: Análise Prospectiva da qualidade de vida após reversão de ileostomia em alça desfuncionalizante. **Rev Bras ColoProct**, 2002;22(2): p 113-114.
- BRAGA TA et al. Neoplasia no sítio da colostomia de paciente com megacólon chagásico: relato de caso. **Rev Bras de ColoProct**, 2011;31(2): p 197-199.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (série a. normas e manuais técnicos)(série pactos pela saúde 2006, v.4).
- CARMEL APW et al. Análise da experiência com Ileostomia em Alça. Experiência em 48 Pacientes com a Derivação por Ileostomia em Alça na Cirurgia Colorretal. **Rev Bras ColoProct**, v. 14, n 1, p 19-21, janeiro/março, 1994.
- CARVALHO CG; VALE CEP; CASTRO JR PC. Experiência inicial no tratamento das hérnias paraestomais. **Rev Bras ColoProct**, 2008;28(2): p 251-256.
- CESARETTI IU; SANTOS VLCG; VIANNA LAC. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010, jan-fev;63(1): p 16-21.
- CESARETTI IUR. Assistência em Estomaterapia: Cuidando do ostomizado. 1ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
- CRUZ GMG et al. Complicações dos Estomas em Câncer Colorretal: Revisão de 21 Complicações em 276 Estomas Realizados em 870 Pacientes Portadores de Câncer de Colorretal. **Rev Bras ColoProct**, 2008;28(1): p 050-061.
- CURI A et al. Morbimortalidade associada à reconstrução do trânsito intestinal – Análise de 67 casos. **Rev Bras de ColoProct**, 2002;22(2): p 88-97.
- Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 118 p.
- FERNANDES RM; MIGUIR ELB; DONOSO TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev Bras Coloproct**, 2011;30(4): 385-392.
- FORMIGA GJS et al. Ileostomia continente – Relato de quatro casos. **Rev Bras de ColoProct**, 1998;18(1): p 34-36.
- FREITAS NETO EA; SARAIVA CFS. Fechamento de colostomia: análise dos resultados. **Rev Bras ColoProct**, 1981;1(2).
- GOLIGUER J. Cirurgia do ânus, reto e colo. 5ª ed. São Paulo, Manole, 1990;2(19): p 762-765.

GOOSZEN AW et al. Temporary Descompression After Colorrectal Surgery: Randomized Comparison ok loop colostomy. **Br J Surg**, 1998;85(1): p 76-9.

HABR-GAMA A; TEIXEIRA MG; VASCONCELOS JR HR. Hérnias paracolostômicas. **Rev Bras ColoProct**, 1993; 13(4): p 133-135.

LEME MBP et al. Avaliação do Efeito da Colostomia Proximal na Cicatrização de Anastomoses Colocólicas em Ratos com Obstrução Intestinal. **Rev do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, vol 28, n 2, p 109-114.

LIMA JS; ALMEIDA ES. Colostomias – Análise de 119 Casos. **Rev Bras de ColoProct**, 1987; 7(4): p 146-152.

LUZ MHBA et al. Caracterização dos Pacientes Submetidos a Estomas Intestinais em um Hospital Público de Teresina-PI. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, janeiro/março, 2009. 18(1): p 140-6.

MAAC RLP et al. Complicaciones de las Colostomias. **Rev Arg Cir**, Buenos Aires, 1990;59(6): p 263-264.

MAGI JC et al. Correção de Procidência de Colostomia por Abordagem Local. **Rev Bras de ColoProct**, 2004;24(3): p 198-202.

MAKELA JT; TURKU PH; LAITINEN ST. Analysis of Late Stomal Complications Following Ostomy Surgery. **Ann Chir Gynaecol**, 1997;86(4): p 305-310.

MARQUES E SILVA S et al. Complicações das Operações de Reconstrução do Trânsito Intestinal. **Rev Bras de ColoProct**, 2006;26(1): p 24-27.

MEIRELLES CA; FERRAZ CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2001 setembro-outubro; 9(5): p 32-8.

MELO CAR. Mesa Redonda: Irrigação da Colostomia. **RevBras de ColoProct**, jan/mar 1994;14(1).

MOREIRA CEL. Complicações das colostomias. Congresso Latinoamericano de Coloproctologia. 44º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. São Paulo, 1995; p 345-6.

OLIVEIRA RG et al. Cirurgias Êntero-Colorretais – Abordagem Cirúrgica de 129 Pacientes do SUS no Programa de Pós-Graduação *Sensu Lato* em Coloproctologia. **Rev Bras de ColoProct**, 2010;30(3): p 333-343.

PANDINI LC; GONÇALVES CA. Fechamento de colostomia pós-Hartmann assistida por videolaparoscopia. Experiência inicial. **Rev Bras ColoProct**, 1995;15(2): p 65-67.

PAULA RAB; SANTOS VSCG. Estudo Retrospectivo sobre as complicações do estoma e pele periestomal. **Rev Bras ColoProct**, 1999;19(3): p 155-163.

PINTO JÚNIOR FEL et al. Colite de Derivação Fecal. **Rev do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, vol XXVI, n 3, p 185-188.

RAVELES AG; TAKAHASHI RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41: p 245-250.

REIS LDO et al. Cirurgia de Hartmann – Análise de 41 Casos em Hospital de Referência do Norte do Paraná. **Rev Bras de ColoProct**, 2001;21(1): p 19-22.

RICCI MA et al. Hemiscoporectomia associada à colostomia unida. Procedimento de exceção. **Rev Col. Bras. Cir.**, 2009;36(6): p 525-528.

SALLES VEJA et al. Influência da Idade e da Doença Colorretal na Imunocompetência Cutânea Peri-Colostômica. **Rev Bras de ColoProct**, 2009;29(4): p 479-484.

SALLES VEJA et al. Neoplasia no Sítio da Colostomia: Relato de Três Casos e Revisão de Literatura. **Rev Bras de ColoProct**, 2006;26(1): p 57-60.

SANTOS CHM; BEZERRA MM. Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações relacionadas ao Estoma. **Rev Bras de ColoProct**, 2007;27(1): p 016-019.

SANTOS VLCG. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. **Rev Estima** – vol 5(1), 2007, p 31-38.

SARTOR MC; SOUZA FJ. O Preparo Intestinal no Paciente Ostomizado. **Rev Bras de ColoProct**, 1994;14(2): p 150-152.

SILVA AL. Ileostomia continente. **Rev Bras de ColoProct**, 1991;11(1): p 33-35.

SILVA AL; SHIMIZU HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006, julho-agosto; 14(4): p 483-490.

SILVA ED et al. Colostomia e Irrigação: Significados Psicológicos atribuídos por Colostomizados. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, Número Especial. 1999.

SILVA JB et al. Perfil Epidemiológico e Morbimortalidade dos Pacientes Submetidos à Reconstrução de Trânsito Intestinal: Experiência de um Centro Secundário do Nordeste Brasileiro. **Rev Bras de ColoProct**, 2010;30(3): p 299-304.

SILVA RPC et al. Oxigenoterapia Hiperbárica no Tratamento de Dermatite Periestomal Extensa: Relato de Caso. **Rev Bras de ColoProct**, 2005;25(3): p 249-252.

SOBRAL HAC et al. É Necessário o Estudo do Cólon no Fechamento de Colostomias? **Rev Bras de ColoProct**, 2006;26(2): p 118-122.

SOBRAL HAC et al. Fechamento de colostomias: com ou sem estudo do cólon? **Rev Bras ColoProct**, 2008;28(3): p 334-337.

SOUSA JR AHS; BOCCHINI SF; HABR-GAMA A. Ileostomias e colostomias. In: PINOTTI HW, ed. Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo, 1.a edição, Atheneu, São Paulo, 1994, p. 1156-61.

STUMM EMF; OLIVEIRA ERA; KIRSCHNER RM. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica**, 2008, jan/mar;18(1): p 26-30.

TEIXEIRA M. Mesa Redonda: Reservatório Íleo-Anal. **Rev Bras de ColoProct**, jan/mar 1994;14(1).

TEIXEIRA MG et al. Resultados da proctocolectomia total com ileostomia definitiva (pct) na doença de Crohn (dc). **Rev Bras de ColoProct**, 2002;22(4): p 233-238.

VOLTAS J. Modelo mecânico para colostomia continente. Resultados preliminares. **Rev Bras de ColoProct**, 1982;2(2): p 9-11.

VON BAHTEN LC et al. Morbimortalidade da Reconstrução de Trânsito Intestinal Colônica em Hospital Universitário – Análise de 42 casos. **Rev Bras de ColoProct**, 2006;26(2): p 123-127.

WACHS L; SOARES M. Perfil dos Clientes Vinculados ao Programa de Assistência ao Ostomizado em Pelotas/RS.

YAMADA BFA et al. Vislumbrando a Demarcação no Terceiro Milênio. **Rev. Esc. Enf. USP**, 1999; v.33.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. FINALIDADE

A REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA é publicada sob a orientação da Comissão Editorial, sendo os conceitos emitidos de inteira responsabilidade dos autores. Tem por finalidade a apresentação de trabalhos sobre medicina e cirurgias humanas, elaborados por especialistas nacionais ou estrangeiros, que se enquadrem no "**Regulamento dos Trabalhos**".

2. APRESENTAÇÃO

A REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA é publicada trimestralmente num volume anual, com índice remissivo em dezembro. É remetida exclusivamente a seus assinantes, colaboradores, bibliotecas, hospitais, sociedades médicas, centros de estudo e aos periódicos nacionais e estrangeiros com os quais mantém permuta.

A RBCP aprova e segue os preceitos recomendados em um guideline publicado em 1997 pelo Committee on Publication Ethics (COPE), sugerindo e recomendando que os autores leiam as instruções contidas no mesmo antes de encaminharem para avaliação.

3. REGULAMENTO DOS TRABALHOS

3.1. Normas Gerais

Os trabalhos devem ser inéditos e destinam-se exclusivamente à REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Os artigos de revisão serão inseridos a convite da

Comissão Editorial. Em casos excepcionais de republicação de trabalhos nacionais ou estrangeiros, deverão estes conter autorização formal do autor e do periódico detentor do copyright. *Estrutura do Trabalho* Elementos Preliminares-a) *Cabeçalho* - título do trabalho, em português, e nome(s) do(s) autor(es). b) *Filiação científica e endereço para correspondência.* Texto sempre que possível, deve obedecer à forma convencional de artigo científico-a) *Introdução* - Estabelecer com clareza o objetivo do trabalho, relacionando-o com outros do mesmo campo e apresentando, de forma sucinta, a situação em que se encontra o problema investigado. Extensas revisões de literatura devem ser substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, onde tais revisões tenham sido apresentadas. b) *Pacientes e Métodos* - A descrição dos Métodos usados deve limitar-se ao suficiente para possibilitar ao leitor sua perfeita compreensão e repetição; as técnicas já descritas em outros trabalhos serão referidas somente por citação, a menos que tenham sido consideravelmente modificadas. c) *Resultados* - Devem ser apresentados com clareza e, sempre que necessário, acompanhados de tabelas e material ilustrativo adequado. d) *Discussão* - Deve restringir-se à apresentação dos dados obtidos e dos resultados alcançados, relacionando as novas contribuições aos conhecimentos anteriores. Evitar hipótese ou generalizações não baseadas nos resultados do trabalho. e) *Conclusões* - Devem ser fundamentadas no texto.

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Para apresentação de ensaios clínicos randomizados, recomenda-se que o trabalho esteja em conformidade com o CONSORT guidelines (Begg C, Cho N, Eastwood S et al. Improving the quality of reporting of randomized clinical trials: the CONSORT statement. JAMA 1996;276:637-9).

Uma lista de verificação está disponível no website do JAMA: <http://jama.ama-assn.org>.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados a 4 membros do conselho editorial, que considerarão o mérito científico da contribuição. Os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados aleatoriamente pelos Editores.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelos Editores, após avaliação de 4 membros do conselho editorial e, tendo sua publicação recomendada por pelo menos 3/4 dos mesmos. Cópias dos pareceres poderão ser encaminhadas aos autores e relatores, estes por sistema de troca entre eles.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com estilo da Revista.

Aprovação para Publicação - Todos os artigos propostos à publicação serão previamente submetidos à apreciação de 4 membros do Conselho Editorial. Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação só ocorrerão após prévia consulta. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do Editor Chefe. Os comentários dos Conselheiros, nestes casos, poderão ser enviados pelo Editor Chefe ou solicitados pelo Autor.

Correção Final

Os Artigos para publicação serão encaminhados, em prova gráfica, ao autor para as correções cabíveis e devolução no menor prazo possível. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor Chefe reserva-se o direito de publicar, independentemente da correção final.

A prova gráfica será enviada ao autor cujo endereço foi indicado para correspondência, ficando o mesmo responsável pela apreciação final da matéria, estando os demais de acordo com a publicação da mesma.

PREPARO DO MANUSCRITO

- **Página de Identificação:** Deve conter: a) Título do artigo, em português, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor e afiliação institucional; c) nome do departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência, e) fontes de auxílio à pesquisa, f) potenciais conflitos de interesse.

- **Resumo e descritores:** A segunda página deve conter o resumo, em português e inglês, de não mais que 200 palavras para artigos originais, de revisão, comunicações breves e artigos de atualização. Para os artigos originais, de revisão e comunicações breves, estes devem ser estruturados, destacando os objetivos do estudo, métodos, principais resultados, apresentando dados significativos e as conclusões. Para as atualizações, o resumo não necessita ser estruturado, porém deve conter as informações importantes para reconhecimento do valor do trabalho. Abaixo do resumo, especificar 5 descritores que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical SubjectHeadings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

- **Texto:** Deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores.

Citações no texto e referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). Deve-se incluir apenas o número da referência, sem outras informações.

- **Tabelas:** Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser auto-explicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé.

- **Figuras e gráficos:** As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente.

Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em página separada. Fotocópias não serão aceitas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos à publicação.

- **Análise estatística:** Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

- **Abreviações:** As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

- **Nome de medicamentos:** Deve-se usar o nome genérico.

- **Agradecimentos:** Devem incluir as colaborações de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas que não tem justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

- **Referências:** Devem ser numeradas consecutivamente na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis.

Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.*

Artigos de periódicos

Ex.: Regadas FSP - Tratamento cirúrgico do prolapso retal completo em adulto masculino jovem. **RevbrasColoproct** 1998; 4(4): p 213-217

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa [editorial]. *S. AfrMed J* 1994; 84 (1):15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar; [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [about 24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Outros tipos de referência deverão seguir o documento International Committee of Medical Journal Editors (Grupo de Vancouver), disponível na Internet no site www.icmje.org, October 2004.

4. NORMAS PARA ENVIO DOS ORIGINAIS

Os artigos deverão ser entregues em disquete ou CD-Room, no programa Word acompanhado de 2 cópias de impressão em papel. Os originais devem ser datilografados em duas vias, com espaço duplo, em uma só face, com laudas contendo de 20 a 25 linhas, devidamente numeradas e rubricadas pelo autor principal, sendo-nos enviados através de correspondência, na qual constará além do título completo do trabalho, autorização para sua publicação neste periódico, para o endereço da SBCP.

Submissões por e-mail (sbcp@sbcp.org.br) também são aceitas. Nesse caso, é imprescindível que a permissão para reprodução do material e as cartas com a aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos e aquela assinada por todos autores em que se afirme o ineditismo do trabalho sejam enviadas por fax á RBCP (fax número: 21 2220-5803).

5. REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA

Reservam-se todos os direitos, inclusive de tradução, em todos os países signatários da Convenção Pan-Americana e da Convenção Internacional sobre Direitos Autorais.

6. A reprodução total ou parcial dos trabalhos em outros periódicos - com menção obrigatória da fonte dependerá de autorização da Revista.

7. Para fins comerciais, é proibida a tradução e reprodução parcial ou total dos trabalhos publicados nesta revista.

8. A REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA não aceita matéria paga em seu espaço redatorial, nem paga qualquer valor, em espécie ou outros, aos autores dos trabalhos publicados em suas páginas.

9. A Revista se reserva o direito de não aceitar os originais que não considerar apropriados (apresentação, datilografia, número de cópias, itens abrangidos, etc.), assim como propor modificações, de acordo com as apreciações dos Consultores e Conselho Editorial.

10. A redação, quando o caso, adaptará automaticamente todos os trabalhos aceitos para publicação às presentes normas.

11. Nome abreviado para citação: **Rev Bras ColoProct.**

Indexado no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS)

Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial da Saúde.

**AValiação CLÍNICO-DEMOGRÁFICA DOS OSTOMIZADOS DO ESTADO DE
SERGIPE NO PERÍODO DE 2012 A 2013**

Glícia Caroline Andrade Ramos¹, Juvenal da Rocha Torres Neto²

1 – Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

2 – Médico graduado pela Universidade Federal de Sergipe

Correspondência: Prof. Dr. Juvenal da Rocha Torres Neto. Departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe. Campus da Saúde, Rua Cláudio Batista, S/ número, Bairro Sanatório, Aracaju, Sergipe.

Endereço Físico: Rua Ananias Azevedo, nº 100, apt902.Bairro Salgado Filho, Aracaju-SE, CEP: 49020-080. E-mail: jtorresneto04@gmail.com. Tel (79): 8124-6989

1. RESUMO

Introdução: Tratar da epidemiologia dos estomas não é fácil, por ser esse um tema que demanda um registro de informações, tendo na causa para sua confecção o maior respaldo da literatura. Apesar de ser um procedimento com uma morbidade preocupante, normalmente é relegada a procedimento secundário, não se observando detalhes importantes na sua confecção. **Objetivos:** Caracterizar os pacientes ostomizados quanto ao perfil demográfico, indicação, topografia, tempo de permanência, tipo de ostomia, local da demarcação, complicações e realização, ou não, de reconstrução do trânsito intestinal. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado através da análise de dados secundários coletados através de prontuários de pacientes acompanhados pelo ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário de Sergipe no período de 2012 a 2013. A amostra foi constituída por 100 pacientes, todos portadores de estomas intestinais. **Resultados:** A principal indicação foi a neoplasia colorretal (39%). A demarcação pré-operatória foi realizada em apenas 5 pacientes. Complicações foram observadas em 47 pacientes, sendo dermatite a mais prevalente. **Conclusões:** As complicações e os desfechos observados ratificam a importância da sistematização da assistência a esses pacientes. A falta de registro nos prontuários durante a coleta de dados foi uma das grandes dificuldades encontradas durante a realização do estudo.

Palavras-chave: Ostomias, Estomas, Complicações, Demarcação, Reconstrução.

2. ABSTRACT

Introduction: Treating the epidemiology of stomata is not easy, being this an issue that demands a record of information, and in making the case for its greater support literature. Despite being a procedure with a morbidity concern is usually relegated to secondary procedure were not observed important details in the process. **Objectives:** To characterize patients ostomates regarding demographics, indication, topography, length of stay, type of ostomy, site demarcation, complications and fulfillment or not reconstruction of intestinal transit. **Methods:** This was a descriptive study, conducted through analysis of secondary data collected from medical records of patients admitted to the clinic of the University Hospital of Coloproctology Sergipe in the period 2012-2013. The sample consisted of 100 patients, all suffering from intestinal stomas. **Results:** The main indication was colorectal cancer (39 %). The demarcation surgery was performed in only 5 patients. Complications were observed in 47 patients, the most prevalent dermatitis. **Conclusions:** The observed complications and outcomes confirm the importance of the care system to these patients. The lack of information in records during the data collection was one of the major difficulties encountered during the study.

Keywords: Ostomy, Stomata, Complications, Demarcation, Reconstruction.

3. INTRODUÇÃO

Estoma é uma palavra derivada do grego que significa abertura de uma boca, ou comunicação, entre um órgão interno e o exterior, com a finalidade de suprir a função do órgão afetado, podendo ser intestinal ou urológico. No presente estudo, trataremos apenas do primeiro tipo. Os estomas intestinais podem ser realizados no intestino delgado ou no intestino grosso, recebendo a denominação de ileostomia e colostomia, respectivamente.

Colostomias e Ileostomias estão previstas na terapêutica de muitas doenças: câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves, anomalias congênitas. A finalidade é, basicamente, permitir a passagem de fezes. Suas características quanto ao tipo, localização, tamanho, forma de exteriorização (em alça ou terminal), superfície, contorno podem variar de acordo com a técnica utilizada, com o segmento exteriorizado, com a causa básica e com o tempo de permanência (provisória ou permanente).⁽¹⁾

Um estoma implantado atinge o paciente como um todo, afetando tanto sua estrutura física, como sua unidade biopsicossocial. A imagem que fica é que o médico lhe tirou algo: sua integridade, sua continência. A perda do ânus, a distorção da imagem corporal, a sensação de mutilação, a violação involuntária das regras de higiene, a deterioração social, a impotência sexual e as fricções familiares são apenas algumas das novas experiências vivenciadas pelo estomizado.

O grande desafio dos profissionais de saúde é melhorar a qualidade da assistência através da implementação de instrumentos para proporcionar ao cliente um cuidado mais humanizado.⁽²⁾ O Ministério da Saúde, por meio da portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009, estabeleceu as diretrizes para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas, no Sistema Único de Saúde (SUS). Com essa portaria, todos os pacientes portadores de estomas, urinários ou intestinais, com indicação para concessão de dispositivos coletores, seriam atendidos.

Tratar da epidemiologia dos estomas não é fácil, por ser esse um tema que demanda um registro de informações, além disso, constituem sequelas ou consequências de doenças ou traumas (morbidade) e não causas ou diagnósticos, situação que dificulta ainda mais sua notificação.⁽³⁾ Para a ABRASO (Associação Brasileira de Ostomizados), em 2003, havia 42.627 ostomizados em 23 estados brasileiros, cadastrados junto às associações estaduais⁽⁴⁾, dos quais 53% eram mulheres.

As neoplasias malignas constituem a principal causa na confecção dos estomas. As estimativas para o Brasil, no ano de 2012, foram de 14.180 novos casos de câncer do cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres.⁽⁵⁾ Os traumas ou causas externas também representam um percentual significativo na origem da confecção dos estomas, principalmente no meio urbano que convive diariamente com a violência, um grave problema na saúde pública.

Na Ileostomia, o estoma localiza-se no intestino delgado (íleo), sendo eliminada toda e qualquer capacidade de absorção do cólon. Suas fezes são líquidas ou pastosas, porém, com o passar do tempo, o intestino delgado vai assumindo, em parte, a função de reabsorção do cólon, assim, as fezes ficam mais endurecidas. As principais indicações para a Ileostomia são: colite ulcerativa, doença de Crohn, trauma, polipose familiar e doença inflamatória intestinal. Sendo que estes dois últimos levam, normalmente, a ileostomias definitivas.

Na Colostomia, há a exteriorização do cólon na parede abdominal. Diversos segmentos do intestino grosso podem ser utilizados e quanto mais a direita se posiciona a ostomia, mais amolecidas serão as fezes. Existem seis tipos de colostomia, em relação a sua topografia: ascendente, colostomia do transverso, colostomia do transverso com cano duplo, colostomia da asa do transverso, descendente e sigmoidea. As principais indicações de Colostomia são: diverticulose, doença de Hirschsprung, obstrução do cólon, trauma, fístula retovaginal, tumores inoperáveis de cólon, polipose familiar, descanso do cólon para posterior anastomose, situações de urgência, cancro do cólon, sigmóide ou reto e anomalias congênitas. Os estudos mostram que a grande maioria dos estomas realizados são colostomias de caráter definitivo.

Apesar de a construção da ostomia ser um procedimento com uma morbidade preocupante, podendo levar, inclusive, a óbito, normalmente é relegada a procedimento secundário, não se observando detalhes técnicos importantes na sua confecção como, por exemplo, a demarcação. Não se sabe em que momento foi idealizada a primeira demarcação de um estoma, mas se sabe que esta é de fundamental importância no pré-operatório para uma adequada localização do estoma no abdome do paciente, garantindo uma maior segurança e bem-estar. Infelizmente, a demarcação ainda não é um procedimento sistematizado, sendo muitas vezes delegada a um cirurgião menos experiente, ou nem mesmo é realizada.

O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas foi decisivo para a redução no número de complicações relacionadas com esses procedimentos. Muitas complicações locais são decorrentes de erros técnicos durante a confecção, da falta de planejamento pré-operatório adequado ou de cuidados insuficientes por parte do paciente ou de quem lhe assiste.⁽⁶⁾ Alguns outros fatores de ordem geral podem favorecer o aparecimento de complicações como idade avançada e, até mesmo, desnutrição.

As principais complicações precoces das ostomias são isquemia ou necrose da alça, sangramento, retração, infecção e dermatite. As complicações tardias são estenose e obstrução, prolapso, hérnia paraestomal e fístulas. Podem ocorrer também abscessos, varizes periestômicas, distúrbios hidroeletrólíticos e neoplasias.

A confecção adequada de um estoma é vital na qualidade de vida de um paciente, sendo necessário aprimorar ao máximo a técnica e os cuidados pré, intra e pós-operatórios para que as complicações sejam minimizadas.

A criação de um ânus incontinente e artificial na parede abdominal leva o estomizado a uma distorção na sua imagem corporal, ligada à lesão do próprio corpo e à perda na habilidade em controlar a eliminação das fezes.⁽⁷⁾ Assim, a irrigação e o sistema oclisor da ostomia são recursos importantes na reabilitação desses pacientes. A “auto-irrigação” nada mais é do que a introdução de líquido, com ou sem emulsificante, no espaço intestinal, através do estoma, sendo realizada a cada 24, 48 ou 72 horas conforme a necessidade de cada um. Tem por finalidade estimular uma peristalse intensa para desencadear uma evacuação programada, conseguindo regular hábito intestinal, obtendo sua continência.

É fundamental o indivíduo readquirir um controle das exonerações, tendo na ausência de vazamentos, odores e flatulências a devolução de algo que lhe foi tirado, fundamental no processo de reabilitação e recuperação da auto-estima.

A exteriorização de um segmento intestinal é usada há quase três séculos, como uma alternativa para o tratamento das lesões em intestino delgado, cólon e reto. Apesar de o fechamento do estoma ser considerado um procedimento de fácil execução, a literatura mostra que as taxas de morbidade variam de 10 a 46%. Existem fatores que influenciam a evolução clínica destes pacientes submetidos à reconstrução de intestinal: complicações nos estomas, técnica operatória empregada no fechamento e a experiência do cirurgião, uso consciente de antibióticos e os cuidados pré e pós-operatórios.⁽⁸⁾ O preparo pré-operatório deve ser realizado para diminuir as taxas de infecção; sendo obrigatório o uso de antibiótico profilático.

Uma ostomia pode ser um sério limitador da qualidade de vida, por conta da alteração na auto-imagem e na identidade.⁽⁷⁾ Essa alteração leva a um processo de reconstrução no qual o significado do estoma passará por diversas fases. Uma abordagem multidisciplinar, com uma boa assistência já no pré-operatório, favorece o paciente, facilitando sua reabilitação, com uma melhor aceitação e adaptação à nova imagem corporal, e estimulando o auto-cuidado.

Conhecer os aspectos clínicos e demográficos dos pacientes é muito importante para a realização de protocolos assistenciais que buscam uma melhoria nos serviços prestados. Inúmeras vezes os prontuários deixam a desejar em relação aos dados sobre a evolução clínica do paciente, o que dificulta um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, e uma boa caracterização dessa população em questão.

Observou-se a necessidade de estudar os diversos tópicos relacionados ao estoma, por ser esse um procedimento importante no curso do tratamento de várias patologias, como as neoplasias colorretais (cada vez mais prevalentes em nosso meio) e ter peculiaridades interessantes em sua indicação e confecção. É esperado que esses resultados ajudem a avaliar melhor as variáveis que interferem na qualidade da ostomia, nas complicações e nos processos de reconstituição do trânsito intestinal. Ao revisar os dados clínico-demográficos deste tema, serão abordados pontos fundamentais para a atualização da sistematização dos cuidados com o paciente ostomizado.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GERAIS

Avaliar o perfil clínico-demográfico dos pacientes ostomizados acompanhados no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário do Estado de Sergipe no período de 2012 a 2013.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil demográfico da população submetida a esse procedimento;
- Análise crítica das ostomias já realizadas em relação à(o):
 - a) indicação para a realização da ostomia;
 - b) tipoda ostomia: se ileostomia ou colostomia;
 - c) topografia das colostomias: sigmóide, ceco ou transverso;
 - d) tempo de permanência do estoma;
 - e) realização da demarcação pré-operatória e localização na parede abdominal, se adequada ou inadequada;
 - f) realização da sutura de maturação;
 - g) uso dos bastões de exposição;
 - h) fio de sutura utilizados;

- Observar as principais complicações: sangramento; isquemia; necrose; infecção paraostomal; dermatite; prolapso; hérnia paraostomal; abscessos periostomais; varizes; retração do estoma; estenose; neoplasias; fistulas; distúrbios hidroeletrolíticos;
- Observar as complicações relacionadas à reconstituição do trânsito intestinal;
- Observar os possíveis desfechos: obstrução intestinal, fistulas e óbito;

5. PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado pela análise de prontuários dos pacientes portadores de estomas intestinais residentes no estado de Sergipe e acompanhados pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário, no período de 2012 a 2013. A amostra foi constituída por 100 pacientes.

O critério para a inclusão no estudo foi ser portador de ostomia intestinal, temporária ou definitiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado, previamente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE) da Universidade Federal de Sergipe sob o parecer número 22960313.9.0000.5546. Por se tratar de uma revisão de prontuários, não foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pesquisadores envolvidos comprometeram-se em manter em sigilo as informações coletadas durante o estudo.

A coleta de dados foi realizada mediante análise de prontuários. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, gênero, estado civil, indicação e tipo da ostomia, tempo de permanência do estoma, sutura de maturação, bastões de exposição e seu tempo de retirada, fios de sutura, demarcação do estoma, localização na parede abdominal e sua avaliação em adequada ou inadequada, complicações observadas, realização de reconstrução do trânsito intestinal e suas complicações, e possíveis desfechos (obstrução intestinal, fistula e óbito).

Durante a coleta de dados, três submeteram-se à reconstrução do trânsito intestinal e dez faleceram. Estes foram mantidos como parte da amostra, pois faz parte do estudo analisar as complicações provenientes dessa reconstrução, e o óbito é um dos desfechos a ser pesquisado nesta análise.

Para a localização de um estoma ser considerada adequada, este não deve ser posicionado em locais de difícil acesso e manuseio, como proximidades ósseas, proximidades de cicatrizes cirúrgicas anteriores ou na própria cicatriz, em dobras anatômicas da pele, em regiões com reentrâncias, ou fora da vista do paciente. Sob o ponto de vista individual, foram levados em consideração o biótipo, hábitos sociais e comportamentos. Em pacientes obesos ou com grande volume abdominal, deve-se evitar posicionar os estomas abaixo da cicatriz umbilical, pois podem permanecer invisíveis aos olhos do estomizado.

Os dados coletados foram tabulados e organizados em tabelas por meio do programa Excel, versão 2007. Ao final, foi feita uma análise descritiva (frequência e porcentagem) dos resultados que foram discutidos, correlacionados e comparados com os dados presentes na literatura nacional e internacional específica para o assunto.

6. RESULTADOS

Foi realizada a análise de 100 prontuários dos pacientes acompanhados pelo ambulatório de Coloproctologia do HU, no período de 2012 a 2013. Todos os que compuseram a amostra eram portadores de estomas intestinais, sendo 54 (54%) mulheres e 46 (46%) homens. A distribuição quantitativa dos pacientes conforme a faixa etária deu-se da seguinte forma: 5 (5%) de 0a a 10 anos; 3 (3%) de 10 a 20 anos; 8 (8%) de 20 a 30 anos; 10 (10%) de 30 a 40 anos; 15 (15%) de 40 a 50 anos; 18 (18%) de 50 a 60 anos; 13 (13%) de 60 a 70 anos; 11 (11%) de 70 a 80 anos; 9 (9%) de 80 a 90 anos; nenhum paciente acima dos 90 anos; e em 8 (8%) ostomizados não foi informado a idade. (Tabela1). Sendo a média de idade 51,24 anos.

Em relação à situação conjugal, houve 41 (41%) pacientes casados, seguidos por 30 (30%), solteiros, 14 (14%) viúvos e 7 (7%) divorciados. Oito pacientes (8%) não informaram sua situação conjugal.

A principal indicação para a confecção dos estomas foi neoplasia colorretal, com 39 (39%) pacientes, seguido de trauma (16%), obstrução intestinal (9%), doença de Crohn (6%), anomalias congênitas (5%), proteção de anastomoses (2%), fistula retovaginal (1%), polipose familiar (1%) e retocolite ulcerativa (1%). Em 8 (8%) pacientes, a indicação para a realização foi classificada como “outras”, onde incluem-se causas como: sepse abdominal, peritonite fecal, hérnia diafragmática, enterorragia e tumor abdominal (Tabela 2).

Dos 39 pacientes com indicação por neoplasia colorretal, 28 (71,79%) tinham mais de 50 anos. Nos casos de trauma, encontrou-se 10 pacientes (62,5%) com idade entre 20 e 40 anos. Nas anomalias congênitas, 100% dos pacientes apresentavam idade menor que 3 anos.

Todos os pacientes eram portadores de estomas intestinais, sendo 81 (81%) pacientes colostomizados, 17 (17%) ileostomizados, e dois não foi informado qual o tipo de ostomia realizada.

Das 81 (81%) colostomias, 35 (43,2%) eram definitivas, 29 (35,8%), temporárias e em 17 (20,9%) não foi informado o padrão de permanência. Em relação à topografia das colostomias, 23 (28,39%) foram sigmoidectomias, 31 (38,27%) realizadas a nível de transverso, 3 (3,70%) cecostomias e 24 (29,62%) pacientes não tiveram sua topografia informada.

Das 17 (17%) ileostomias, 5 (29,41%) foram definitivas, 8 (47,05%), temporárias e 4 (23,52%) não foram informadas.

Quanto ao tempo de convivência com o estoma encontramos 3 (3%) ostomizados com tempo de permanência entre 0d e 30 dias; 23 (23%) entre 30 dias e 6 meses; 27 (27%) entre 6 e 12 meses; 34 (34%) entre 12 e 24 meses; 4 (4%) entre 24 e 60 meses; e 2 (2%) com mais de 10 anos de estoma. Em 7 (7%) dos pacientes, não foi informado o tempo de permanência. (Tabela 3). A média do tempo total foi de 17,9 meses, como os períodos variando de 5 dias a 21 anos. O tempo médio para as ostomias temporárias foi de 10 meses, com o intervalo de 5 dias a 20 meses; em relação às definitivas, a média foi de 28,3 meses, com os intervalos de 1 mês até 21 anos.

Em relação à sutura de maturação, constam no banco de dados 78 (78%) pacientes como não realizadas e/ou não informado, e 22, realizadas. Destas, 20 (20%) foram classificadas como uma sutura adequada e 2 (2%), inadequada.

De toda a amostra, 14 (14%) utilizaram bastões de exposição; os outros 86 (86%) pacientes constam como não utilizado e/ou não informado. Dos 14 que utilizaram o bastão, 2 (14,28%) tiveram um tempo de retirada adequado (entre 15 e 30 dias após a cirurgia), 4 (28,57%) uma retirada tardia (com mais de 30 dias após a cirurgia), 4 (28,57%) não o havia retirado até o momento em que foram avaliados e 4 (28,57%) não foi informado o tempo de retirada.

Em 0 (0%) dos pacientes analisados, foi informado o fio de sutura utilizado.

A demarcação pré-operatória do estoma foi realizada em apenas 5 (5%) dos pacientes, em 58 (58%) não foi efetuada e em 37 (37%) não foi informada se foi ou não realizada.

Em relação à localização na parede abdominal, 6 (6%) estavam em QSD, sendo 2 (33,33%) classificadas como adequadas, 2 (33,33%) inadequadas e 2 (33,33%) não informadas; 7 (7%) em QSE, sendo apenas 1 (14,28%) adequada e o restante não informada a classificação; 41 (41%) em QID, sendo 28 (68,29%) adequadas, 4 (9,75%) inadequadas e 9 (21,95%) não informadas; 42 (42%) em QIE, sendo 22 (52,38%) adequadas, 9 (21,42%) inadequadas e 11 (26,19%) não informadas; e em 4 (4%) não foi informada a localização em relação ao quadrante. De uma forma geral, dos 96 estomas que tiveram sua localização informada, 15 (29,16%) foram julgados como uma posição inadequada (Tabela 4).

Do total da amostra, em 9 (9%) não se obteve informações sobre as complicações, e em 91 pacientes estas conseguiram ser coletadas. Dos pacientes com os dados coletados, 44 (48,36%) não apresentaram complicações e 47 (51,64%) as apresentaram. Destes, em 9 pacientes houve duas complicações, resultando em um número absoluto de 56 complicações. A distribuição das morbidades relacionadas ao estoma deu-se da seguinte forma: 26(46,42%) dermatites, 5 (8,92%) retrações, 5(8,92%) infecções periestoma, 3(5,35%) fístulas, 3 (5,35%) prolapsos, 2(3,57%) hérnias periestoma, 1 (1,78%) episódio de sangramento e 11 (19,64%) classificadas como “outros”.Nessas, destacou-se a deiscência cirúrgica, que esteve presente em 8 (14,28%) pacientes, as 3 restantes distribuíram-se em 2 queimaduras e 1 maceração de pele periestomal.

As colostomias complicaram mais, sendo responsáveis por 49 (82,97%) das complicações, enquanto as ileostomias ficaram com apenas 7 (17,02%) do total, dividindo-se em 6 dermatites e 1 prolapso.

Dos 61 pacientes com possibilidade de reconstrução do trânsito, por serem portadores de ostomias temporárias, apenas 3 (4,91%) a realizaram, e nestes não foram evidenciadas complicações.

Durante a coleta dos dados, 10 pacientes da nossa amostra evoluíram para óbito. Destes, 3 (30%) não informaram a causa que motivou a realização do estoma, e 7 (70%) tiveram a neoplasia colorretal como a patologia de base. Não foram encontradas outras informações em relação ao óbito, o que não nos permitiu concluir se o estoma, com toda a morbidade inerente ao procedimento, foi o responsável pela morte destes pacientes.

7. DISCUSSÃO

Os 100 pacientes que compuseram a amostra foram caracterizados quanto a aspectos clínico-demográficos do estoma.

O presente estudo mostrou um predomínio de pacientes casados (41%) e do sexo feminino (54%), indo ao encontro da literatura^(2,9,10,11).

O predomínio de pacientes casados, seguidos pelos solteiros, viúvos e, por fim, divorciados, foi semelhante ao encontrado em outros estudos^(4,11). A análise deste dado é relevante, pois a situação conjugal e a vida sexual de um ostomizado são diretamente afetadas pela nova condição que lhe é oferecida. A alteração na imagem corporal, decorrente da própria mutilação, causa no paciente um sentimento de vergonha e desinteresse sexual. Nesse sentido, o cônjuge, que é a pessoa mais próxima, acaba sendo um elemento fundamental no cuidado e na recuperação da auto-estima desses pacientes.

A distribuição em relação ao gênero varia de um estudo para outro, não tendo essa diferença, uma significância estatística. Souza Jr et al (1998) e Vasconcelos et al (2006) também encontraram resultados semelhantes aos da nossa amostra, com percentuais de mulheres de 56% e 51%, respectivamente. O predomínio de mulheres nesta clientela pode estar relacionado às características da principal doença de base encontrada: o câncer colorretal, já que esta é uma patologia comum entre as paciente do sexo feminino⁽⁵⁾. Além disso, pode-se relacionar esse predomínio ao fato de que, historicamente, as mulheres tendem a procurar mais os médicos em relação aos homens, quando sentem que algo está errado, o que pode levar a uma maior chance de diagnosticar as doenças e, conseqüentemente, tratá-las.

A distribuição segundo a faixa etária revelou uma média de idade de 51,24 anos, com grande maioria dos pacientes (74%) acima dos 40 anos. Esse resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos, onde a grande maioria encontra-se acima da 4ª década de vida. Souza Jr et al evidenciaram o predomínio nas 3ª, 5ª e 6ª décadas de vida. Paula e Santos⁽¹²⁾ concluíram, em sua pesquisa, que entre as mulheres que compunham a amostra, 52,8% tinham entre 45 e 65 anos. Com Batista et al, a média de idade foi de 54,9 anos.

Avaliando a distribuição etária, vale relatar que 20% dos pacientes estavam acima dos 70 anos. Resultado que não surpreende, já que se observa um envelhecimento da população. Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2025 mostram que o Brasil estará entre os 10 países do mundo com maior número de idosos.

Notou-se também que 18% dos pacientes tinham entre 20 e 40 anos, sendo essa uma fase que deveria ser bastante produtiva e na qual se concentra a população economicamente ativa, que

inevitavelmente é atingida pela confecção do estoma. Não há como negar a dificuldade que um ostomizado tem de reintegração social e profissional, tanto que muitos optam por aposentar-se e afastar-se completamente das atividades anteriormente exercidas. Além disso, aqueles que estavam desempregados enfrentam obstáculos para se inserir novamente no mercado de trabalho. Um estudo mostrou que 51% dos pacientes não retomaram suas atividades laborativas, ou retornaram parcialmente, após a confecção de um estoma⁽¹¹⁾. Por isso, é fundamental a assistência emocional pela equipe de saúde, em especial do estomaterapeuta, fornecendo informações que facilitem a adaptação a essa nova condição.

O agravo que mais desencadeou a confecção do estoma foram as neoplasias colorretais (39%). Resultado semelhante ao encontrado por diversos autores: Souza et al (1989), com 40,8%; Nogueira et al (1994), com 77,8%; Boccardo et al (1995), com 77,8%; Andrade et al (1999), com 63,8%; Paula e Santos (1999), com 63,2%; Batista et al (2003), com 73,6%; Stumm et al (2008), com 86,2%; e Fernandes et al (2010), com 75,0% de neoplasias colorretais como origem para as ostomias. Esses índices refletem e relacionam-se, muitas vezes, ao baixo nível sócio-econômico da população estudada⁽²⁾. Aliado a esse baixo nível, tem-se um déficit de conhecimento sobre a necessidade de realizar exames de rotina, para a detecção precoce destas neoplasias; além de um precário sistema público de saúde que, na teoria, elabora projetos para educar a população sobre a importância das consultas e dos exames de rotina, mas não dá condições de acesso à saúde a toda a população. Assim, alguns estudiosos ressaltam a relevância do investimento contínuo na verdadeira socialização dessas medidas preventivas, para permitir o diagnóstico mais precocemente possível, especialmente naqueles indivíduos com fator de risco para o desenvolvimento desta patologia, visando reduzir ou até mesmo evitar a confecção do estoma. Tawleret al (2006) concluíram, em uma metanálise com mais de 10 mil sujeitos, que há benefício no rastreamento com sangue oculto nas fezes, seja pela detecção precoce, ou pelo tratamento das lesões com cirurgias menos invasivas.

O trauma também foi uma indicação relevante (16%), semelhante ao que aconteceu em outras análises. Em Santos et al (2006), o trauma também foi a segunda causa mais prevalente. Essa relevância do trauma nas indicações das colostomias reflete uma situação social devastada pela violência, sendo assim, uma indicação mais comum em pacientes jovens e do sexo masculino, população que está mais exposta a essa infeliz realidade. Estudos mais antigos⁽¹³⁾ apontavam o trauma como a principal indicação das ostomias. A mudança para o quadro atual, no qual o trauma ainda é uma causa relevante, mas perde na maioria dos estudos recentes para as neoplasias colorretais, deve-se a uma maior tendência a anastomose primária no tratamento das lesões traumáticas, acompanhado de um maior aumento na prevalência das neoplasias.

Percebeu-se que, de uma forma geral, as indicações seguiram um padrão de acordo com a faixa etária, com as neoplasias colorretais predominando em pacientes com idade mais avançada (71,79% com mais de 50 anos), os traumas dominando o cenário com os pacientes mais jovens (62,5% com idade entre 20 e 40 anos) e as anomalias congênitas responsável por 100% das indicações nas crianças menores de 3 anos. Essa semelhança também foi encontrada por outros autores. Em Paula e Santos⁽¹²⁾, até 19 anos, a principal causa foi trauma (42,1%), e na faixa etária entre 45 e 64 anos, a principal foi o câncer de cólon, reto, bexiga e ginecológico (63,2%). Em Batista et al (2003) com 102 adultos e 52 crianças, a indicação também variou de acordo com a faixa etária estabelecida: câncer (73,6%) para os adultos e doenças congênitas (73,1%) para as crianças.

As colostomias foram responsáveis por 81% dos estomas realizados, sendo a maioria destes (43,2%) de caráter definitivo, compatíveis com os dados encontrados na literatura. A explicação para as colostomias serem os principais estomas realizados está ligada às causas que motivaram esse procedimento. As neoplasias colorretais e os traumas dominam o rol de indicações na preparação das ostomias⁽¹²⁾, e as colostomias são preferencialmente escolhidas nestas situações, justificando a maior prevalência desse estoma nos diversos estudos realizados.

Topograficamente, houve liderança das colostomias em transversa (38,27%), em relação às realizadas em sigmóide (28,39%) e em ceco (3,70%). Esse resultado coincidiu com a literatura, onde a principal localização em alça é a transversostomia^(10,13), e a menos utilizada é a cecostomia, estando indicada apenas em situações bastante reservadas, que variam de acordo com a equipe e a experiência dos cirurgiões de cada serviço.

O percentual de ileostomias (17%) seguiu a tendência da literatura. Os resultados do presente estudo foram semelhantes ao encontrado por Souza (1989), Nogueira (1994) e Vasconcelos et al (2006). Em relação à classificação em temporária ou definitiva, obteve-se um resultado divergente ao da literatura, na qual a maioria destes procedimentos tem em um caráter definitivo⁽¹⁴⁾. Em nossa amostra, as ileostomias foram preferencialmente de caráter temporária (47,05%). Enquanto as colostomias estão mais relacionadas aos traumas e às neoplasias, as ileostomias têm sua principal origem nas doenças inflamatórias intestinais⁽¹⁴⁾.

Quanto ao tempo de convivência, observou-se um grande intervalo: de pacientes com apenas cinco dias de estomas, àqueles com mais de 20 anos de experiência, com uma média de tempo de 17,9 meses. Vale ressaltar que, ainda que a convivência com o estoma tenha iniciado há muito anos, a reabilitação para os pacientes deve ocorrer de forma longa e a passos curtos, por isso, é necessário um cuidado contínuo, com serviços e profissionais que prestem a assistência da melhor maneira

possível. Para os estomas definitivos, o tempo médio foi de 28,3 meses; e para os temporários, de 10 meses. As avaliações sobre o tempo de permanência encontradas na literatura até a reconstrução intestinal foram, em média, de 15,7 meses⁽¹⁵⁾, 32,8 meses⁽¹⁶⁾ e 42,2 meses⁽¹⁷⁾, sendo todas estas, e as nossas, superiores a encontrada na literatura mundial que varia de 5,7 a 9,8 meses. Os estomas temporários acabam permanecendo por longos períodos, independente da sua patologia de base. Infelizmente, não são as condições clínicas que determinam a reconstrução intestinal, e sim a “fila” cirúrgica estabelecida pela precariedade do sistema de saúde, que, por não conseguir suprir as necessidades de todos os pacientes, acaba priorizando os casos mais graves, retardando o processo de fechamento dos estomas.

A análise em relação ao fio de sutura, sutura de maturação e uso dos bastões de exposição, mostrou-se bastante precária. A informação sobre qual o fio de sutura utilizado na confecção do estoma não foi registrado em nenhum dos prontuários avaliados. No entanto, vale a seguinte ressalva: apesar de a teoria recomendar o uso de fios de sutura absorvíveis, não é incomum receber pacientes nos ambulatórios, provenientes de outros hospitais, com fios de sutura inabsorvíveis, o que pode acarretar complicações, aumentando ainda mais a morbidade relacionada aos estomas.

Analizando os bastões de exposição e seu tempo de retirada, dos 14 pacientes que o utilizaram, 4 ainda não o tinham retirado até o momento em que foram avaliados. O tempo de estoma de cada um deles foram os seguintes: 5 dias, 7 meses, 8 meses e 10 meses. Assim, independente de quando seja retirado esse bastão, 3 dos ostomizados já o farão em um momento tardio, outra realidade que não se encontra bem registrada, mas pode ser vivenciada na rotina dos ambulatórios. A falta de registros de dados essenciais nos prontuários implica, muitas vezes, na ausência de elementos básicos para o estabelecimento de diagnósticos e intervenções, o que nos leva a refletir sobre a necessidade de um serviço organizado e fundamentado em uma normatização específica, para que o acompanhamento seja mais efetivo e auxilie no trabalho em equipe.

Em apenas 5% dos pacientes foi realizada a demarcação pré-operatória, resultado já esperado, visto que esta etapa do processo de realização do estoma é negligenciada na grande maioria dos procedimentos realizados, independente de estes terem em caráter eletivo ou de urgência. No único estudo⁽⁹⁾ encontrado na literatura que versa sobre a demarcação, nenhum dos entrevistados foi submetido a esta etapa no pré-operatório. Infelizmente, não é uma etapa sistematizada, na grande maioria dos serviços, se não em todos, sendo muitas vezes delegada a profissionais menos experientes, ou nem mesmo é realizada.

As localizações do estoma na parede abdominal distribuem-se em: QSD, QSE, QID, QIE. Destas, a mais frequente foi o QIE (42%). Dos 96 estomas que tiveram sua localização informada,

29,16% a julgaram como inadequada. Em um estudo realizado no Mato Grosso do Sul⁽¹⁸⁾, 50,6% dos pacientes apresentaram uma adaptação inadequada ao estoma devido, principalmente, à má escolha do local na parede abdominal, mais comum em cirurgias de urgência, onde não há um planejamento pré-operatório. A demarcação deve ser vista como parte fundamental na preparação para a confecção do estoma, pois o posicionamento correto influencia na reabilitação do paciente.

De maneira global, dos 91 pacientes cujas informações sobre complicações conseguiram ser coletadas, 51,64% apresentaram alguma complicação local relacionada ao estoma, sendo a dermatite (46,42%) a complicação mais encontrada. Resultado já esperado, visto que algumas literaturas relatam que, mais que uma complicação, a dermatite periestomal é, praticamente, um fenômeno esperado⁽¹²⁾. A taxa global de complicações corrobora as da literatura, que varia entre 16% e 90%. Retração, infecção periestomal, fistulas, prolapso, hérnia pariestomal e sangramento também foram observados. As retrações, prolapsos e hérnias predominaram nos colostomizados, resultado semelhante ao encontrado em outro estudo⁽¹²⁾. Comparando as ostomias, viu-se que as colostomias (87,5%) complicaram mais do que as ileostomias (12,5%), sendo estas responsáveis por apenas 7 das 56 complicações observadas. Resultado semelhante a uma metanálise com cinco estudos randomizados⁽⁴⁾, na qual foi dita que as colostomias possuem uma tendência maior à complicação do que as ileostomias, nos procedimentos eletivos para confecção dos estomas, e que as ileostomias tendem a complicar mais após o seu fechamento. Todas estas complicações podem ser minimizadas com um bom preparo pré-operatório com demarcação prévia do estoma na parede abdominal, controle na dieta, bolsas de ostomias adequadas, com material apropriado, entre outros.

Dos 37 portadores de estomas temporários, apenas 3 pacientes foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal, e nestes não foram evidenciadas complicações. Ausência de complicações nas cirurgias de fechamento das ostomias não é a realidade observada na literatura, que mostra taxas de morbimortalidade de até 50%⁽¹⁴⁾. Diversos autores tentam entender os fatores que podem estar relacionados aos altos índices de morbimortalidade encontrados em algumas amostras, mas não se tem, ainda, um consenso. Apesar disso, algumas variáveis já são reconhecidas: causa que levou ao estoma, tempo de permanência, experiência do cirurgião, técnica cirúrgica empregada e uso criterioso de antibióticos (sendo este o fator mais importante na redução da morbimortalidade pós-operatória)⁽¹⁹⁾.

Foi relevante o fato de apenas 8,1% dos estomas temporários sofrerem reconstrução de trânsito no período avaliado. Essa situação despertou a reflexão sobre quais os fatores envolvidos, conduzindo a, pelo menos, três observações plausíveis: má adesão do paciente, dificuldade de acesso ao sistema de saúde para marcação da cirurgia e falta de estrutura do sistema público para

receber esses pacientes. A má adesão pôde ser percebida nas análises de prontuários, os quais mostravam diversos pacientes que simplesmente perdiam o seguimento e voltavam meses depois para as consultas; porém, vale dizer que muitos destes pacientes acompanhados por esse ambulatório são pobres e moram no interior do estado, não tendo muitas vezes condições financeiras de comparecer às consultas, dependendo do apoio da prefeitura local ou de algum conhecido para levá-lo ao hospital. A dificuldade de acesso e a falta de estrutura são situações que estão relacionadas diretamente uma com a outra, pois a própria falta de estrutura dificulta que o usuário tenha acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em nossa casuística, 10 pacientes foram a óbito. Em 3 destes não foi informada qual a origem da realização do estoma, porém, nos 7 restantes, a neoplasia colorretal foi a patologia de base. Não se pode inferir que os estomas foram responsáveis pelo óbito destes pacientes, já que a causa não estava anotada em seus registros. Independente disso, mais da metade destes tinha acima de 60 anos, população que, normalmente, tem um maior número de comorbidades associadas e está mais susceptível às complicações inerentes a este ou a qualquer outro procedimento.

8. CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu conhecer, dimensionar e caracterizar os portadores de estomas intestinais do serviço de coloproctologia do HU de Sergipe no período de 2012 a 2013. Conhecer a epidemiologia desses pacientes auxilia na elaboração de práticas que proporcionem uma melhor reabilitação dos mesmos.

Quanto aos aspectos sócio-demográficos, pôde-se perceber: predominância do sexo feminino, de idade acima dos 50 anos e pacientes casados. Com relação à caracterização das ostomias, a principal indicação foi a neoplasia colorretal, seguida pelos traumas. As colostomias de caráter definitivo foram os estomas mais prevalentes. A literatura carece de informações sobre as suturas de maturação, o uso dos bastões de exposição e tempo de retirada, e fio de sutura utilizado durante o procedimento. A demarcação pré-operatória ainda é uma realidade distante, visto que grande maioria dos pacientes não a realiza, contribuindo para que a localização na parede abdominal seja inadequada. As dermatites foram as complicações mais comuns e as colostomias complicaram mais do que as ileostomias. As complicações e os desfechos observados ratificam a importância da sistematização da assistência a esses pacientes, desde o pré-operatório até uma fase tardia, de uma forma longa e contínua, buscando minimizar tais estatísticas e oferecer todo o

suporte necessário. Apenas 3 pacientes foram submetidos à reconstrução do trânsito intestinal, não havendo complicações nesse grupo. No estudo, 10 pacientes foram a óbito, o que reforça o fato de que os estomas não são procedimentos isentos de complicações, apesar de ser considerado de fácil execução.

A falta de registro nos prontuários durante a coleta de dados foi uma das grandes dificuldades encontradas durante a realização do estudo, por isso, optou-se por, durante a descrição dos resultados, demonstrar a quantidade de dados não informados, para que se veja o impacto que a ausência destas informações pode ter e reforçar a necessidade de um cuidado a mais no momento do preenchimento dos prontuários.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população de pacientes ostomizados do estado de Sergipe conforme faixa etária.

Idade (Classes)	Nº de pacientes	%
]0m - 10a]	5	5,0
]10a - 20a]	3	3,0
]20a - 30a]	8	8,0
]30a - 40a]	10	10,0
]40a - 50a]	15	15,0
]50a - 60a]	18	18,0
]60a - 70a]	13	13,0
]70a - 80a]	11	11,0
]80a - 90a]	9	9,0
> 90a	0	0,0
Não informado	8	8,0
Total	100	100,0

Fonte: Própria do autor;

Tabela 2 – Principais indicações para as confecções dos estomas nos pacientes do estado de Sergipe acompanhado pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário no período de 2012 a 2013.

Indicação	Nº de pacientes	%
Obstrução	9	9,0
Anomalias congênitas	5	5,0
Retocolite Ulcerativa	1	1,0
Doença Diverticular	2	2,0
Doença de Crohn	6	6,0
Fístula Retovaginal	1	1,0
Polipose Familiar	1	1,0
Trauma	16	16,0
Neoplasia Colorretal	39	39,0
Proteção de Anastomoses	2	2,0
Outros		
<i>Retossigmoidectomia</i>	2	2,0
<i>Enterorragia</i>	1	1,0
<i>Peritonite fecal</i>	2	2,0
<i>Tumor abdominal</i>	1	1,0
<i>Câncer de colo uterino metastático</i>	1	1,0
<i>Hérnia diafragmática</i>	1	1,0
Não informado	10	10,0
Total	100	100,0

Fonte: Própria do autor;

Tabela 3 – Tempo de permanência dos estomas.

Tempo de Ostomia	Nº de pacientes	%
]0 dias - 30 dias]	3	3,0
]30 dias - 6 meses]	23	23,0
]6 meses - 12 meses]	27	27,0
]12 meses - 24 meses]	34	34,0
]24 meses - 60 meses]	4	4,0
]60 meses - 120 meses]	0	0,0
> 120 meses	2	2,0
Não informado	7	7,0
Total	100	100,0

Fonte: Própria do autor;

Tabela 4 – Localização do estoma na parede abdominal e sua classificação, quanto à adaptação, em adequada ou inadequada.

Localização do Estoma	Classificação	Nº de pacientes	%
QSD	Adequada	2	2,0
	Inadequada	2	2,0
	Não informado	2	2,0
QSE	Adequada	1	1,0
	Inadequada	0	0,0
	Não informado	6	6,0
QID	Adequada	28	28,0
	Inadequada	4	4,0
	Não informado	9	9,0
QIE	Adequada	22	22,0
	Inadequada	9	9,0
	Não informado	11	11,0
Não Informado		4	4,0
Total		100	100,0

Fonte: Própria do autor;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA - Caracterização dos Pacientes Submetidos a Estomas Intestinais em um Hospital Público de Teresina-PI. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, janeiro/março, 2009. 18(1): p 140-6.
- 2 – Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM - Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica*, 2008, jan/mar;18(1): p 26-30.
- 3 – Melo CAR - Mesa Redonda: Irrigação da Colostomia. **RevBras de ColoProct**, jan/mar 1994;14(1).
- 4 – Santos VLCG - Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. **Rev Estima** – vol 5(1), 2007, p 31-38.
- 5 – Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.118 p.
- 6 – Sartor MC, Souza FJ - O Preparo Intestinal no Paciente Ostomizado. **Rev Bras de ColoProct**, 1994;14(2): p 150-152.
- 7 – Silva ED, Arruda MEM, Martins SS, Santos VLCG - Colostomia e Irrigação: Significados Psicológicos atribuídos por Colostomizados. **Rev.Esc.Enf.USP**,v.33, Número Especial. 1999.
- 8 – Marques e Silva S, Melo CCL, Almeida SB, Queiroz HF, Soares AF - Complicações das Operações de Reconstrução do Trânsito Intestinal. **RevBras de ColoProct**, 2006;26(1): p 24-27.
- 9 – Yamada BFA, Marcondes MG, Cesarelli IUR, Prado AAP - Vislumbrando a Demarcação no Terceiro Milênio. **Rev. Esc. Enf. USP**, 1999; v.33.
- 10 – Freitas Neto EA, Saraiva CFS - Fechamento de colostomia: análise dos resultados. **RevBrasColoProct**, 1981;1(2).
- 11 – Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS *et al* - Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. **RevBrasColoProct**, 2005;25(2): p 146-146.
- 12 – Paula RAB, Santos VSCG - Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestomal. **RevBrasColoProct**, 1999;19(3): p 155-163.
- 13 – Lima JS, Almeida ES - Colostomias – Análise de 119 Casos. **RevBras de ColoProct**, 1987; 7(4): p 146-152.

- 14 – Meirelles CA, Ferraz CA - Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2001 setembro-outubro; 9(5): p 32-8.
- 15 – Silva JB, Costa DR, Menezes FJC, Tavares JM, Marques AG, Escalante RD - Perfil Epidemiológico e Morbimortalidade dos Pacientes Submetidos à Reconstrução de Trânsito Intestinal: Experiência de um Centro Secundário do Nordeste Brasileiro. **RevBras de ColoProct**, 2010;30(3): p 299-304.
- 16 – Sobral HAC, Carvalho RB, Salem JB, Sarmanho L, Albuquerque IC, Formiga GJS - Fechamento de colostomias: com ou sem estudo do cólon? **RevBrasColoProct**, 2008;28(3): p 334-337.
- 17 – Souza e Souza HF de, Sobral HAC, Taglietti EM, Monteiro EP, Gama MRVS, Galdino JSF - É necessário o estudo do cólon no fechamento de colostomias? **RevBrasColoProct**, 2006;26(2): p 118-122.
- 18 – Santos CHM, Bezerra MM - Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações relacionadas ao Estoma. **RevBras de ColoProct**, 2007;27(1): p 016-019.
- 19 – Curi A, Moreira Jr H, Mascarenhas JCS, Moreira JPT, Almeida AC, Azevedo IF, *et al* - Morbimortalidade associada à reconstrução do trânsito intestinal – Análise de 67 casos. **RevBras de ColoProct**, 2002;22(2): p 88-97.
- 20 – Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (série a. normas e manuais técnicos)(série pactos pela saúde 2006, v.4).
- 21 – Fernandes RM, Miguir ELB; Donoso TV - Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **RevBrasColoProct**, 2011;30(4): p 385-392.
- 22 – Cruz GMG, Constantino JRM, Chamone BC, Andrade MMA, Gomes DMBM - Complicações dos Estomas em Câncer Colerretal: Revisão de 21 Complicações em 276 Estomas Realizados em 870 Pacientes Portadores de Câncer de Colorretal. **RevBrasColoProct**.2008;28(1): p 050-061.
- 23 – Von Bahten LC, Nicoluzzi JEL, Silveira F, Nicollelli GM, Lima VZ - Morbimortalidade da Reconstrução de Trânsito Intestinal Colônica em Hospital Universitário – Análise de 42 casos. **RevBras de ColoProct**, 2006;26(2): p 123-127.
- 24 – Bonardi RA – Atualização: Análise Prospectiva da qualidade de vida após reversão de ileostomia em alça desfuncionalizante. **RevBrasColoProct**, 2002;22(2): p 113-114.

- 25 – Cesaretti IUR. Assistência em Estomaterapia: Cuidando do ostomizado. 1ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
- 26 – Habr-Gama A, Teixeira MG, Vasconcelos Jr HR - Hérnias paracolostômicas. **RevBrasColoProct**, 1993; 13(4): p 133-135.
- 27 – Formiga GJS, Barreto Neto PF, Nossa FLC, Silva JH - Ileostomia continente – Relato de quatro casos. **RevBras de ColoProct**, 1998;18(1): p 34-36.
- 28 – Salles VJA, Paula PR, Bassi DG, Speranzini MB - Neoplasia no Sítio da Colostomia: Relato de Três Casos e Revisão de Literatura. **RevBras de ColoProct**, 2006;26(1): p 57-60.
- 29 – Cesaretti IU, Santos VLCG, Vianna LAC - Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **RevBrasEnferm**, Brasília, 2010, jan-fev;63(1): p 16-21.
- 30 – Carmel APW, Santos V, Souza JVS, Tourinho G, Silva PA - Análise da experiência com Ileostomia em Alça. Experiência em 48 Pacientes com a Derivação por Ileostomia em Alça na Cirurgia Colorretal. **RevBrasColoProct**, v. 14, n 1, p 19-21, janeiro/março, 1994.