

Claudioмиro da Silva Alonso

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
Belo Horizonte-MG.

Eline Lima Borges

Enfermeira. Estomaterapeuta Titulada pela Sobest.
Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.
Belo Horizonte-MG.

Guilherme Lagoeiro Moraes

Enfermeiro. Especialista em Estomaterapia.
Centro Especializado em Reabilitação II do Norte de Minas.

Josimare Aparecida Otoni Spira

Enfermeira. Estomaterapeuta Titulada pela Sobest.
Mestre em Enfermagem.

RESUMO

Objetivos: estimar a prevalência e caracterizar as pessoas com estomia de eliminação quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos. **Método:** corte transversal, realizado em uma microrregião do norte de Minas Gerais. A amostra foi composta de 30 participantes. Os dados foram coletados por meio de avaliação física e entrevista. **Resultados:** a prevalência de pessoas com estomia de eliminação foi 3,1/10.000 habitantes. Em relação aos participantes, 56,7% eram homens, 66,7% desenvolviam atividade laboral, 46,7% tinham renda de até dois salários-mínimos, 94,0% apresentaram capacidade para realizar o autocuidado, 50% tinham colostomias, tendo o câncer como principal causa. Em relação às estomias, 74,2% eram definitivas, 67,7% com formato regular e redondo, 71,0% protusas, 83,9% localizadas no quadrante inferior. **Conclusão:** a prevalência de pessoas com estomia foi semelhante aos dados nacionais e internacionais, a colostomia foi predominante e a maioria das pessoas era capaz de realizar o autocuidado.

Palavras-chave: estomas cirúrgicos; estomia; prevalência; perfil de saúde; enfermagem.

INTRODUÇÃO

O quantitativo de pacientes submetidos à cirurgia para confecção de estomia tem crescido no Brasil, sobretudo pela alta incidência do câncer nos sistemas intestinal e urinário ⁽¹⁾. A confecção da estomia é um procedimento cirúrgico, no qual o cirurgião exterioriza uma víscera oca. Os estomas intestinais são os mais frequentes, recebendo o nome de acordo com a

porção intestinal envolvida. A exteriorização do íleo e do cólon através da parede abdominal, geram respectivamente a ileostomia e a colostomia, com o objetivo de eliminar o conteúdo fecal. Quando ocorre no sistema urinário, é chamado de urostomia ⁽²⁾.

Desta forma, a pessoa com estomia demanda cuidados específicos por parte dos profissionais de enfermagem, uma vez que suas necessidades transcendem várias dimensões do cuidado, seja no nível higiênico, emocional ou psicossocial ⁽³⁾.

O grande desafio do enfermeiro para promover uma assistência de qualidade é desenvolver um cuidado que englobe, além do caráter técnico-científico, uma avaliação holística do indivíduo, visando uma assistência de forma humanizada. Para tal, é necessário conhecer a clientela, objetivando melhorias no planejamento da assistência especializada com adequações nas estratégias de reabilitação ⁽⁴⁾.

No Brasil, a criação e o processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm permitindo a garantia da saúde como direito constitucional ⁽⁵⁾. Neste sentido, a atenção à saúde da pessoa com estomia vem se consolidando ao longo do tempo.

Em 2009 foi publicada a Portaria nº 400 do Ministério da Saúde (MS) que estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a criação de Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO) no âmbito do SUS ⁽⁶⁾. Assim, estes serviços especializados possuem a função normativa de realizar acompanhamento, controle e avaliação das pessoas com estomias. Entretanto, gestores em saúde vêm demonstrando apreensão com a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados à pessoa com estomia, uma vez que a demanda nestes serviços é exponencialmente crescente e não existem consultas de rotina, além do desconhecimento do número real e das características clínicas, sociodemográficas e aspectos relevantes para promover a reabilitação.

Dessa forma, conhecer a prevalência e os aspectos demográficos e clínicos dos pacientes com estomia atendidos pelo SASPO é essencial para qualificar o atendimento aos usuários em todos os níveis de atenção à saúde.

Resultados de estudos de prevalência e que fornecem informações sobre a clientela atendida, auxiliam os enfermeiros na implementação de medidas que favoreçam o processo de reabilitação precoce do paciente com estomia, fortalecendo e ampliando as políticas públicas vigentes, garantindo os direitos de cidadania, a dignidade humana e a qualidade de vida da pessoa com estomia ⁽⁴⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos estimar a prevalência e caracterizar as pessoas com estomia de eliminação quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, de uma microrregião do Norte de Minas Gerais (MG). Espera-se com estes resultados subsidiar os profissionais e gestores de saúde por meio de informações que possam contribuir para estruturar e planejar uma assistência de qualidade, visando à reabilitação precoce e a qualidade de vida para tais pacientes.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de prevalência de pessoas com estomia de eliminação.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO) que funciona no Centro Especializado em Reabilitação (CER) de um Município do Norte de MG. O SASPO atende pacientes com estomia de eliminação, provenientes da macrorregião de saúde Norte de MG que é constituída por 22 municípios e está organizada em nove microrregiões de saúde. Esse estudo contemplou uma destas microrregiões, composta por 5 municípios.

População e amostra

Na microrregião onde o estudo foi realizado o número de habitantes estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (7) no ano de 2017 era de 116.998. A população de referência do estudo foi 62 pacientes cadastrados no SASPO no período de 2012 a 2017.

Após fornecimento dos contatos telefônicos, o pesquisador contactou pacientes e familiares para convidá-los a participarem da pesquisa, quando identificou que 20 haviam falecido, 6 tinham sido submetidos à cirurgia de reconstrução intestinal e 6 não concordaram em participar.

Participaram do estudo 30 pessoas com estomia de eliminação que atenderam aos critérios de inclusão: logradouro em um dos municípios da microrregião Norte de MG, idade igual ou acima de 18 anos, ter dados disponíveis no sistema de cadastro do SASPO.

Variáveis do estudo

Foram coletados dados referentes às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, procedência, estado civil, raça, escolaridade, ocupação, renda), clínicas (doenças associadas, etilismo, tabagismo índice de massa corporal (IMC), motivo da realização da estomia, tipo e características da estomia e das eliminações, característica da pele ao redor da estomia), tipo de dispositivo coletor utilizado e disponibilidade do mesmo e o autocuidado.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2017, nas dependências do SASPO, localizado no município de referência para a microrregião.

Os dados da pesquisa foram obtidos na consulta clínica, agendada previamente conforme rotina do serviço. O participante passou por entrevista estruturada e avaliação física realizadas pelo pesquisador.

Análise dos dados

Após a coleta das informações, os dados foram digitados em planilhas do Programa Excel versão 2007 e submetido à análise descritiva. Para o cálculo da prevalência de pessoas com estoma de eliminação no município pesquisado no ano 2017, adotou-se o seguinte procedimento:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Número de pessoas com estoma de eliminação na microregião}}{\text{Número de habitantes da microregião}} \times 100$$

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou as diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer n. 2.277.649. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes.

RESULTADOS

A prevalência estimada de pessoas com estomia de eliminação foi de 3,1 para cada 10.000 habitantes. Em relação aos participantes (Tabela 1), 56,7% eram homens, 76,7% tinham idade entre 18 e 59 anos e 36,7% eram casados, 53,3% autodeclararam com a pele de cor parda, 46,7% tinham 8 anos ou menos de estudos, 55% estavam licenciados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e 46,7% possuíam rendimento individual mensal de um a dois salários-mínimos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas pessoas com estomas de eliminação – Minas Gerais, Brasil - 2017.

Variáveis sociodemográficas		n	%
	n=30		
Sexo	Masculino	17	56,7
	Feminino	13	43,3
Faixa etária (anos)	18-59	23	76,7

	≥ 60	07	23,3
Estado civil	Casado	11	36,7
	Divorciado	10	33,3
	Solteiro	05	16,7
	Viúvo	04	13,3
Raça	Parda	16	53,3
	Preta	09	30,0
	Branca	05	16,7
Escolaridade	Analfabeto	07	23,3
	≤8 anos	14	46,7
	>8 anos	09	30,0
Ocupação	Aposentado	10	33,3
	Licença pelo INSS*	11	55,0
	Desempregado	03	15,0
	Estudante	03	15,0
	Do lar	03	15,0
Renda individual[§]	≤ 1 salário	13	43,3
	R\$ 937,00 (2017) De 1 a 2 salários	14	46,7
	≥ 3 salários	03	10,0

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Em relação ao uso da bebida alcoólica, 60,0% negaram etilismo, 30% estavam em abstinência e 10% eram etilistas. Em relação ao cigarro, 36,7% não eram tabagistas, 13,3% eram fumantes e 50,0% estavam em abstinência.

A avaliação dos pacientes permitiu identificar que 73,3% estavam eutróficos, com IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² e 26,7% com sobrepeso, IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m², 26,6% não apresentavam doenças associadas, 73,4% apresentavam uma ou duas doenças, como por exemplo, a depressão (11/36,7%), a hipertensão arterial sistêmica (10/33,3%), diabetes mellitus (1/3,3%) e cardiopatia (1/3,3%).

No que se refere ao motivo para a confecção da estomia, 32,0% dos pacientes foram devido ao câncer, 16,0% polipose adenomatosa familiar,

13,0% obstrução intestinal e sem definição da causa, 10,0% doença de Crohn, 6,0% trauma, 6,0% retocolite ulcerativa, 3,0% diverticulite, 3,0% doença de Chagas. Para 10,0% dos participantes, não constava no relatório médico o motivo da confecção da estomia.

Um participante apresentou 2 estomias, totalizando 31, com características diversas (Tabela 2), sendo 29,0% foram realizados até o ano de 2014, 10,0% em 2015, 32,2% em 2016 e 29,9% em 2017. O diâmetro médio da estomia era 52mm na colostomia, 49mm na ileostomia e urostomia. A altura média da colostomia era 32mm, da ileostomia 33mm e da urostomia 13mm. Em 48,4% dos participantes a pele ao redor da estomia encontrava-se sem alteração de cor ou integridade, em 32,4% havia eritema e em 19,4% tinha dermatite.

Tabela 2 - Características dos estomas de eliminação – Minas Gerais, Brasil - 2017.

Variáveis relacionadas ao estoma		n	%
n=31			
Tipo de estoma	Colostomia	16	51,6
	Ileostomia	13	41,9
	Urostomia	02	6,5
Localização	Quadrante superior direito	01	3,2
	Quadrante superior esquerdo	04	12,9
	Quadrante inferior direito	15	48,4
	Quadrante inferior esquerdo	11	35,5
Temporalidade	Definitivo	23	74,2
	Temporário	08	25,8
Altura	Protuso	22	71,0
	Prolapso	09	29,0
Tipo de confecção	Terminal	23	74,2
	Terminal/Hartmann	06	19,4
	Duas bocas	02	6,4
Formato	Redondo	21	67,7

Oval	10	32,3
------	----	------

Fonte: dados do estudo, 2017.

O padrão de eliminação e as características dos efluentes variaram conforme o tipo de estomia. O número de eliminações diárias para 63,0% dos pacientes colostomizados foi 2 vezes, para 92,0% dos ileostomizados mais de quatro vezes e para 100% dos urostomizados mais de 5 vezes. Com relação a consistência do efluente, em 48,4% das estomias era líquida, sendo 13 ileostomias e 2 urostomias; a consistência pastosa e sólida foram encontradas em colostomia, sendo 25,0% pastosas e 75% sólidas. A presença de odor desagradável e a eliminação de flatos foram relatados por todos os pacientes com colostomia

As características dos dispositivos coletores utilizados pelos participantes variaram em número de peças, tipo de bolsa e placa, além da frequência do seu esvaziamento e adequação da indicação (Tabela 3).

Tabela 3 - Características do dispositivo coletor utilizados pelas pessoas com estoma de eliminação – Minas Gerais, Brasil - 2017.

Variáveis relacionadas ao dispositivo coletor		n	%
	n=31		
Padrão de esvaziamento (diário)	1 vez	02	6,5
	2 vezes	10	32,3
	3 vezes	05	16,1
	4 a 5 vezes	06	19,3
	>5 vezes	08	25,8
Número de peças	Uma	31	100,0
Tipo de bolsa	Drenável	19	61,3
	Fechada	12	38,7
Tipo de placa	Pré-cortada	22	71,0
	Recortável com pré-corte	09	29,0
Adequação do dispositivo	Sim	29	93,6
	Não	02	6,4

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Todos os participantes receberam os dispositivos de forma gratuita e em quantidade suficiente e 40,0% não necessitavam de produtos adjuvantes, isto é, utilizados para auxiliar a fixação da bolsa coletora ou para o tratamento de complicações do estoma ou pele ao redor do estoma. O adjuvante de proteção utilizado pelos pacientes foi a barreira protetora nas três apresentações, sendo o spray utilizado por 10 (32,0%) participantes, a pasta por 10 (32,0%) e o pó por quatro (6,0%). A maioria dos adjuvantes era utilizada pelas pessoas com ileostomia.

O número médio de trocas de dispositivo foi de 4 vezes por semana, sendo 6 quando em colostomia, 2 para ileostomias e urostomias. Não foi registrado o uso da irrigação para aqueles pacientes com colostomia definitiva.

Em relação ao autocuidado autodeclarado, 94,0% dos participantes apresentaram capacidade para realizá-lo. A troca e a higienização do dispositivo foram realizadas por 81,0% 19,0% dependiam da ajuda do cuidador.

DISCUSSÃO

A Portaria 400 do MS preconiza que o SASPO é a unidade de saúde especializada para assistência à saúde das pessoas com estomias, que desenvolve ações de reabilitação, incluindo orientações para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações no estoma e pele ao redor, capacitação de profissionais e fornecimento de dispositivos coletores, adjuvantes e demais acessórios (2,4).

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

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

O cenário não apresentava como política a reavaliação regular dos

pacientes cadastrados. Este dado foi reforçado pela pesquisa, pois dos 62 pacientes cadastrados no período de 2013 a 2017, 20 já havia falecido e 6 não eram mais pessoas com estomias, uma vez que tiveram o trânsito intestinal reconstruído. Entretanto, o SASPO continuava a liberar dispositivos e adjuvantes para estes 26 pacientes.

Esperava-se que a situação encontrada na microrregião do norte de Minas Gerais já tivesse sido solucionada, considerando que neste estado houve um reforço nas políticas públicas para a organização da assistência à pessoa com estoma.

Vale destacar que no Brasil essa mudança só ocorreu com a publicação da Portaria nº 400/2009, que firmou Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS (6) e ganhou mais força com a publicação da Portaria do MS nº 793/2012(8), que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, uma vez que, essa legislação regulamenta a atenção à saúde das pessoas ostomizadas e é referência para a construção da proposta de organização da rede de serviços.

Os problemas citados anteriormente podem ter comprometido o número de pacientes cadastrados no SASPO até o ano de 2017, considerando os cinco municípios que compõem a microrregião, e ter influenciado na prevalência de pessoas com estoma do município, que foi 2,6/10.000 habitantes, resultado semelhante a outro estudo realizado no Norte de Minas em diferente microrregião, cuja prevalência foi de 2.16/10.000(9). A International Ostomy Association (IOA) estimou que em 2000, o Brasil teria aproximadamente 170 mil pessoas com estomias, o que corresponderia à prevalência de 5.9/10.000 habitantes (10). No período de 1994 a 2013 havia uma estimativa de 6.000 pessoas com estoma atendidas pelos SASPO de Minas Gerais(2). No ano de 2010, neste mesmo estado, havia 4.762 pessoas com estomias cadastradas nos SASPO, representando prevalência média de 2,4 ostomizados/10.000 habitantes (4).

A prevalência de pessoas com estoma de eliminação na microrregião, mesmo inferior à de outros estudos, é uma referência para os profissionais responsáveis pela assistência e gestão aos pacientes com estomas, residentes na região norte de Minas Gerais, uma vez que não há dados que representem este cenário.

Apesar da relevância do estudo, deve-se considerar que a pesquisa trata de dados de pessoas cadastradas no SUS, o que não inclui todas as pessoas com estomias existentes, uma vez que a Saúde Suplementar é também responsável em prestar assistência e fornecer dispositivos coletores e adjuvantes para os seus beneficiários.

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

desenvolverem estudos no norte do Estado de Minas Gerais devido às condições econômicas desta região.

O estoma de eliminação é criado para que os pacientes vivam mais tempo, para ajudá-los a retornar a uma vida mais saudável e produtiva e aumentar a qualidade de vida. Entretanto, as pessoas com estoma experimentam muitos problemas fisiológicos, psicológicos e sociais.

Entre essas mudanças, as psicológicas como alteração na imagem corporal, ansiedade (medo de desconhecido), diminuição da autoestima e autorrealização. Em virtude do impacto e sofrimento causados pela presença do estoma na vida da pessoa e na de seus familiares (11), a baixa prevalência de pessoas com estoma encontrada neste estudo não permite aos profissionais ignorarem a necessidade de se ofertar assistência de qualidade a estas pessoas.

Neste estudo, quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, a maioria dos participantes eram do sexo masculino, autodeclarados pardo, adultos com idade até 59 anos. Aproximadamente 47% dos participantes tinham até 8 anos de estudos e renda individual de 1 a 2 salários-mínimos. Entretanto, os resultados de estudo de revisão realizado com amostra de 10 artigos de pesquisas descritivas sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos brasileiros com estomias apontam prevalência do sexo feminino, com predomínio de adultos e idosos, tendo o câncer colorretal como principal causa para realização do estoma e a colostomia como tipo predominante de estoma e eliminação (11).

O predomínio de pessoas com idade superior a 40 anos também estava presente em outro estudo e tem relação com maior incidência das neoplasias malignas, característica tida não só como fator de risco para o aparecimento dos cânceres, mas também como determinante para os tratamentos cirúrgicos geradores de estoma (10).

A alta incidência de doenças nas quais os estomas podem ser indicados, tem como consequência o aumento da prevalência de pessoas com estomias. Os casos mais frequentes são decorrentes de doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, a doença de Chagas, as doenças inflamatórias do intestino como a retocolite ulcerativa inespecífica e a doença de Crohn, doenças neurológicas, traumas abdômino-perineais, representados por ferimento por armas de fogo ou branca e acidente automobilístico. Na população infantil as causas mais comuns que levam à confecção de estomas são anomalias anorretais, por exemplo, imperfuração anal, megacólon congênito, enterocolite necrotizante, peritonite meconiais (2).

Neste estudo, as doenças mais frequentes, responsáveis pela confecção do estoma foram o câncer e a polipose adenomatosa familiar. Esta última, quando a intervenção cirúrgica é postergada, pode levar ao câncer de cólon. Estas doenças foram as responsáveis pelo predomínio da colostomia. O aumento da ocorrência do câncer de bexiga, colón e reto tem forte relação com o estilo de vida. Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o Brasil, estimam-se 20.540 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em

mulheres para cada ano do triênio 2020-2022. Esses valores correspondem a um risco estimado de 19,63 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres. Na Região Sudeste, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto, é o segundo mais frequente em homens (28,62/100 mil) e entre as mulheres (26,18/100 mil) (1).

O câncer de cólon e reto é uma doença multifatorial, influenciada por fatores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. Os fatores hereditários, como o histórico familiar de câncer de cólon e reto e as doenças inflamatórias do intestino, representam apenas uma pequena proporção da variação observada na carga global da doença. Entretanto, as diferenças geográficas observadas na incidência refletem a adoção de hábitos de vida ocidentais e incluem o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (12). Dos fatores citados e pesquisados, estavam presentes na amostra do estudo o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e a obesidade.

Ainda em relação aos dados do INCA sobre o câncer de bexiga no Brasil, estimam-se 7.590 casos novos em homens e 3.050 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022, correspondendo a um risco estimado de 7,23 casos novos a cada 100 mil homens e de 2,83 para cada 100 mil mulheres. Excluindo também os tumores de pele não melanoma, na Região Sudeste este câncer em homens ocupa a sexta posição (8,61/100 mil) e para as mulheres, é o 14º mais frequente (3,02/100 mil)1.

Conforme os dados do INCA, a ocorrência do câncer de bexiga tem aumentado e é muito mais frequente nos homens, duas a quatro vezes maior do que nas mulheres. O aumento dos casos pode ser uma consequência dos efeitos do tabagismo, que é reconhecido como importante fator de risco para este câncer e mortalidade (12-13). Este fator estava presente em 63% da amostra do estudo, considerando os 50% que estavam em abstinência no momento da coleta de dados. O World Cancer Report estima que o risco de desenvolver câncer de bexiga entre os fumantes foi de duas a seis vezes maior em comparação aos não fumantes. O tabagismo é responsável por, aproximadamente, 66% dos casos novos em homens e 30% dos casos novos em mulheres. Outros fatores de risco relacionados à exposição ocupacional e ambiental também estão associados com o desenvolvimento deste tipo câncer, como o trabalho na produção de alumínio, exposição à emissão de gases de combustão de diesel, exposição a agrotóxicos e atividades laborativas bem específicas como, por exemplo, pintores, cabeleireiros e barbeiros que trabalham com tinturas (1,13-14).

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

O conflito vivido pelos trabalhadores com estoma foi desvelado em um estudo realizado com 7 trabalhadores com o objetivo de analisar a percepção das pessoas com estoma de eliminação sobre sua inclusão no mundo do trabalho. Os participantes apresentaram sentimentos dialéticos em relação ao estoma, configurando-se como um elemento que salva vida, mas resulta em sofrimento psíquico por ocasionar uma forte ruptura no estilo de vida. Constatou-se também sentimentos contraditórios em relação ao trabalho, pois ao mesmo tempo em que ele origina sentimento de utilidade e de inclusão social, também resulta em sentimento de medo da rejeição social (15).

Neste estudo, grande parte dos participantes (37,0%) apresentou a depressão como doença associada. Estudo de revisão apontou as principais repercussões emocionais no processo de adaptação com estomias, destacando a depressão e a tristeza, geralmente ocasionados pela perda do prazer em realizar atividades normalmente valorizadas. Além disso, pessoas com estomias também podem apresentar sentimentos como angústia, medo, dificuldade de aceitação e adaptação, sentimentos de incapacidade e desprestígio (16).

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

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

A reconstrução de trânsito intestinal é procedimento realizado eletivamente que não é isento de complicações, pois a taxa de complicações e morbimortalidade de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal alcança valores significativos. Estudo retrospectivo com 393 casos de fechamento de estomas mostra a ocorrência de, pelo menos, uma complicação cirúrgica em 44,4% dos casos e isso talvez explique o fato que de 30 a 60% dos pacientes com colostomia terminal a Hartmann passam a possuí-la de maneira definitiva, apesar de, na maior parte das vezes, ela ser realizada pelo cirurgião como procedimento provisório, com o argumento de maior segurança para o paciente(17-18).

Embora a reconstrução do trânsito intestinal seja um procedimento bastante desejado pelos pacientes, deve ser mencionada com cautela, pois o insucesso geralmente está associado a presença de comorbidades em decorrência do envelhecimento e a persistência da causa pré cirúrgica, principalmente no caso das neoplasias. Esses fatores devem ser avaliados e sua interferência levada em consideração preferencialmente antes da construção do estoma, informando inclusive a pessoa e familiares (19).

Resultados da análise dos dados de prontuário de pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal em um hospital de referência

do SUS, constataram que 54% dos pacientes estudados no período de outubro de 2008 a dezembro de 2011 padeciam de alguma doença associada. A indicação para confecção da colostomia inicial decorreu de câncer em 43% dos casos e o tempo médio de permanência com o estoma foi de 14,3 meses. A taxa de mortalidade foi de 6% (17).

O processo de reabilitação do paciente com estoma deve ser planejado e iniciado no pré-operatório e envolve várias ações, das quais destaca-se a demarcação do local para exteriorização do estoma, que deve ser realizada preferencialmente pelo enfermeiro estomaterapeuta. Essa ação deixa evidências de sua contribuição na reabilitação da pessoa com estomia, pois respeita características físicas, culturais e sociais do paciente, permitindo maior adesividade e tempo de uso do equipamento coletor, proporcionando mais segurança e reduzindo o risco de complicações no estoma e pele ao redor no pós-operatório tardio (20-21). No estudo foram identificados cinco participantes que tinham estoma no quadrante superior do abdômen, sendo que o recomendado é o quadrante inferior direito ou esquerdo, conforme o tipo de estoma confeccionado. Esta situação sugere que os pacientes não eram demarcados previamente ao procedimento cirúrgico.

Na avaliação, o efluente intestinal deve ser caracterizado quanto à textura, ao volume e à eliminação de flatos. Para os estomas intestinais, ileostomia e colostomia, a drenagem do volume e a consistência do efluente têm relação com os alimentos ingeridos. No estudo foi identificado que todos os participantes faziam uso de dispositivo drenável, uma peça, sem filtro, independentemente do tipo de estoma, da consistência do efluente ou produção de flatos. Para a colostomia descendente e sigmoidostomia é recomendado o uso de bolsa fechada, opaca, com filtro que permita a eliminação de gases. O dispositivo coletor deve ser trocado logo após a eliminação do efluente. Portanto, este dispositivo está indicado para pacientes que apresentem no máximo duas eliminações ao dia. Para os demais pacientes com mais de duas eliminações diárias recomenda-se o uso de bolsa drenável, opaca, de preferência com filtro, que permite a passagem dos gases sem odor (2).

A indicação de dispositivo que não atende as necessidades do paciente interfere negativamente no processo de reabilitação do mesmo, considerando que o dispositivo inadequado prejudica a reinserção social e o retorno a atividade laboral. Portanto, a adaptação à confecção do estoma, influencia na qualidade de vida da pessoa com estomia, reforçando a necessidade da indicação do dispositivo adequado (3).

Uma ileostomia tem seu volume considerado normal de 500 ml/dia a 800 ml/dia, de consistência líquida à semilíquida, de cor castanha esverdeada. Os pacientes com ileostomia terminal podem alcançar padrão de eliminação diária entre 200 ml e 600 ml com várias eliminações diárias o que demanda a utilização de bolsa drenável porque o paciente deverá esvaziá-la diversas vezes em 24 horas. Destaca-se que os gases e os cheiros são reduzidos, mas o pH do efluente é muito alcalino e causa lesões quando entra em contato com a pele (2).

Outro dado analisado foi a ausência de realização de irrigação do estoma por parte dos participantes com colostomia definitiva do cólon esquerdo ou sigmoide, com padrão de eliminação de uma ou duas vezes ao dia. Infere-se que o fato tem relação com a falta de conhecimento do médico e do enfermeiro. O primeiro é o responsável pela indicação da irrigação e o segundo é o responsável pela avaliação e treinamento do paciente que realizará o procedimento. Destaca-se que o material necessário para o paciente realizar a autoirrigação está padronizado e é disponibilizado pela SES-MG.

Para a pessoa com colostomia descendente ou sigmoidostomia definitiva, deve-se utilizar a irrigação intestinal via estoma para o esvaziamento do conteúdo fecal e a obtenção do controle das eliminações. A irrigação possibilita a dispensa do uso do equipamento coletor e facilita a reabilitação (20).

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

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

Aponta-se como limitação deste estudo a precariedade nos registros e a distância entre o SASPO e o domicílio de algumas pessoas com estomias que tinham o potencial de compor a amostra, entretanto estas pessoas precisariam de transporte, o que não foi concedido pelo município de origem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de pessoas com estoma de eliminação no município estudo foi 2,6/10.000. Em relação aos participantes, a maioria era homem, autodeclarado pardo, adulto com idade até 59 anos, não aposentado, mas inativo e com estoma definitivo. A neoplasia foi a causa da maioria dos estomas e a doença associada mais frequente foi a depressão. A maioria dos estomas tinha formato e protrusão adequados e estava localizado no quadrante inferior. A maioria apresentava capacidade para realizar o autocuidado relacionado a troca e a higienização do dispositivo.

Declaramos inexistir conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Instituto Nacional de Câncer José Alencar da Silva (Brasil). Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil[Internet]. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2019.[citado em 20 Dez 20]. 122 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

2 Borges EL, Ribeiro MS. Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2015. 136p.

3 Reis BL, Brandão ES, Garcia KRS. Tecnologias disponíveis para o manejo de ostomia intestinal: revisão integrativa de literatura. Saúde Coletiva [Internet].2019[citado em 20 dez 2020];9(48):1369-1374.Disponível em:<http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/97>

4 Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Avaliação da implantação do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. REME - Rev Min Enferm. 2017;21:e-1017.

5 Bezerra PD, Pinto ISM, Cunha RR, Ramos Soares EML, Silva CO, Ferreira SEM. Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência, Belém (PA). ESTIMA – Braz. J. Enterostomal Ther.[Internet].2017[citado em 22 dez 2020]; 15(4): 214-21.doi:/10.5327/Z1806-3144201700040005.

6 Ministério da Saúde(Brasil). Portaria MS-SAS n.º 400 de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília:Ministério da Saúde; 2009.

7 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Portaria nº PR- 254 de 25 de agosto de 2020.Divulga as estimativas da População para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2020.D.O.U [Internet], Brasília, DF, 27 ago 2020 [citado em 23 dez 2020]; Seção 1 (165):79. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-pr-254-de-25-de-agosto-de-2020-274382852>.

8 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS n.º 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

9 Barros ER; Borges EL; Oliveira CM. Prevalência de estomias de eliminação em uma microrregião do norte de Minas Gerais. ESTIMA - Braz. J. Enterostomal Ther. 2018;16:e3418.

10 Santos VLCCG. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. ESTIMA-Braz. J. Enterostomal. 2007; 5(1).

11 Luz ALA, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. Cultura de los Cuidados (Edición digital).[Internet]. 2014 [citado em 24 dez 2020];18(39):115-123.doi:/10.7184/cuid.2014.39.13.

12 Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz A, Alcaraz A, Rodriguez B et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. Cadernos de Saúde Pública.2019;35:e00129118.

13 Thung, M J, Linet M S, Cerhan JR,Haiman CA, Schottenfeld D. Cancer epidemiology and prevention. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2017.1328 p.

14 Silva M, Errante PR. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Rev UNILUS Ensino e Pesquisa.[Internet].2016 [citado em 25 dez 2020]; 13(33):133-140. Disponível em:<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/765/u2016v13n33e765>.

15 Teixeira FN, Souza NVDOS, Silva PAS, Maurício VC, Costa CCP, Andrade KBS. O mundo do trabalho e as pessoas estomizadas: percepção e sentimentos. Cienc Cuid Saude.[Internet]. 2016 [citado em 25 dez 2020]; 15(1):69-76.doi:/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.27282.

16 Cirino HP,Andrade PCST, Kestenber CCF, Caldas CP, Santos CN, Ribeiro WA. Repercussões emocionais e processos adaptativos vividos por pessoas estomizadas. Saúde Coletiva. [Internet]. 2020 [citado em 26 dez 2020];10(57):. 3573-3596.doi:/10.36489/saudecoletiva.2020v10i57p3573-3596.

17 Neto IJFC, Siá ON, Lopes EA, Padilla R, Portugal KTM, Rolim AS et al.Análise retrospectiva dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal em hospital terciário de referência da zona leste de São Paulo. J. Coloproctol. [Internet]. 2014 [citado em 25 dez 2020]; 34(4): 198-201. doi:/10.1016/j.jcol.2014.08.003.

18 Ferri JVV, Silva GL, Mallmann IO, Moreira LF Morbidade e Mortalidade no Fechamento de Estomias: Revisão de Dez Anos. Clinical & Biomedical Research. [Internet]. 2020 [citado em 25 dez 2020]; 40(1).doi:/10.22491/2357-9730.98055.

19 Aguiar JC, Pereira APS, Pinto MH. Reconstrução de trânsito intestinal:

fatores que influenciam a realização. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2018 [citado em 26 dez 2020];20:v20a3. doi:/10.5216/ree.v20.47606.

20 World Council of Enterostomal Therapists. International Ostomy Guideline. Perth Australia: WCET, 2020. 188 p.

21 Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy- An Executive Summary. J Wound Ostomy Continence Nurs. [Internet]. 2018 [citado em 27 dez 2020]; 45(1):50-58. doi:/10.1097/WON.0000000000000396.