



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO AMPLA DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ E UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS

IRANEIDE FERREIRA MAFRA

ESTUDO DA EFETIVIDADE DA DEMARCAÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL POR
ESTOMATERAPEUTA EM PACIENTES COM DOENÇA ONCOLÓGICA

MANAUS

2020

IRANEIDE FERREIRA MAFRA

**ESTUDO DA EFETIVIDADE DA DEMARCAÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL POR
ESTOMATERAPEUTA EM PACIENTES COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Pará (UEPA) em associação ampla com Universidade Federal do Amazonas (UFAM) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto.

MANAUS

2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M187e	<p>Mafra, Iraneide Ferreira</p> <p>Estudo da efetividade da demarcação de estoma intestinal por estomaterapeuta em pacientes com doença oncológica / Iraneide Ferreira Mafra . 2020</p> <p>115 f.: il.; 31 cm.</p> <p>Orientador: David Lopes Neto</p> <p>Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.</p> <p>1. Estomas cirúrgicos. 2. Enfermagem. 3. Oncologia. 4. Cuidados de enfermagem. I. Lopes Neto, David. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p>
-------	---

IRANEIDE FERREIRA MAFRA

**ESTUDO DA EFETIVIDADE DA DEMARCAÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL POR
ESTOMATERAPEUTA EM PACIENTES COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Pará (UEPA) em associação ampla com Universidade Federal do Amazonas (UFAM) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Aprovado em 03 de fevereiro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto

Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. David Márcio de Oliveira Barreto

Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Zilmar Augusto Souza Filho

Universidade Federal do Amazonas

Dedico esta dissertação aos meus pais, senhor João Raimundo Carvalho Mafra e senhora Leocádia Ferreira, que sempre me incentivaram a buscar e trilhar meu próprio caminho. Toda coragem e perseverança que tenho devo a eles.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus e Nossa Senhora por todas as oportunidades e glórias a mim concedidas, incluindo uma vaga ao Programa de Mestrado em Enfermagem da UFAM em meio a uma ampla concorrência, no qual muitos tentam e poucos conseguem e por me proporcionar persistência e resiliência para concluí-lo.

Ao Prof. Dr. David Lopes Neto, pela compreensão, paciência e pelos ensinamentos ao longo do curso.

Aos meus irmãos, às minhas irmãs e aos meus pais, aos sobrinhos e sobrinhas, a toda família Ferreira Mafra, que são meus espelhos, árvores de grandes raízes que me sustentam e me seguram em todas as tempestades que foram os pilares para na minha primeira educação. Educação de casa, onde aprendi o respeito e gosto pela vida, respeito pelo diferente, pois é nele que existe o SER mais belo feito pelo senhor Deus, minha família, razão da minha vida.

Aos meus amigos do trabalho a enfermeira Graça Gondim e aos enfermeiros assistenciais que sempre ajustavam os seus horários aos meus e assim não faltavam às aulas.

Às minhas amigas Maria do Livramento Prata Coelho e Ana Elis Guimarães que sempre me ajudaram, desde o primeiro dia em que me conheceram, com palavras e atitudes positivas e incentivadoras.

Ao Adriano Villalba, que foi uma peça fundamental nesse mestrado, pois me acompanhava em todas as visitas domiciliares, muita gratidão por tudo. E ao seu amigo, Wesley Ribeiro da Silva Neves que colaborou com o instrumento de coleta de dados confeccionando o desenho gráfico da área abdominal. Aos parceiros do mestrado, com os quais convivi e tive apoio ao longo do curso, buscando e trocando conhecimento.

Agradeço aos voluntários sujeitos desta pesquisa pela colaboração por aceitarem participar do meu projeto, por me receberem em suas casas em momentos difíceis e particulares a eles e suas famílias. O diagnóstico oncológico traz mudanças seríssimas na estrutura familiar e na dinamicidade entre as relações da família. Cada encontro era um aprendizado e intensificou o valor da vida que passa de forma rápida para uns e muito lenta para outros, o que depende de como cada um encara a doença e sua fé no senhor. Gratidão.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

MESTRADO ACADÊMICO EM ASSOCIAÇÃO UEPA/UFAM

MAFRA, Iraneide Ferreira. Estudo de efetividade da demarcação de estoma intestinal por estomaterapeuta em pacientes com doença oncológica. 2020. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2020.

Introdução: Os estomas intestinais de eliminação são a exteriorização das alças intestinais na parede abdominal, podendo estas serem temporária ou definitiva. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da demarcação do sítio realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção de um estoma intestinal ao paciente com doença oncológica, com e sem sua orientação para o autocuidado com estomia. **Método:** Estudo observacional, longitudinal de coorte prospectiva de seguimento de indivíduos semelhantes (grupos de pacientes oncológicos submetidos a ostomia intestinal com e sem demarcação e com e sem orientação ao autocuidado pós-cirúrgico). A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Centro de Controle em Oncologia, da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. A amostra foi de 22 (vinte e dois) participantes que resultaram em submissão terapêutica cirúrgica de um estoma intestinal de eliminação. Realizou-se uma amostra por conveniência, não probabilística e não aleatória. Para determinação da amostragem, levantou-se a média de colostomias e ileostomias que indicaram a confecção de estomas intestinais, realizadas no quadriênio (2014-2017). A coorte foi composta por dois grupos de seguimentos: grupo de pacientes oncológicos submetidos a ostomia intestinal com demarcação e orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta para o autocuidado com estomia e grupo de pacientes oncológicos submetidos a ostomia intestinal sem demarcação e sem orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta para o autocuidado com estomia. A coleta de dados foi realizada por meio de intervenção de três procedimentos: demarcação de local de estoma por enfermeira estomaterapeuta, orientação ao paciente para o autocuidado com estomia intestinal e coleta de dados em mapa cirúrgico. Os dados foram testados e analisados por meio de testes não paramétricos, após a verificação de que algumas variáveis não seguiam uma distribuição normal, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Dos 22 pacientes estomizados, 16 (72,7%) eram do sexo feminino e 6 (22,3%) do sexo masculino. Em relação a cor, a maioria eram pardas 13 (59,1%), seguido dos branca 4 (18,2%), preta 2 (9,1%) e amarela 1 (4,5%), 2 (9,1%) não informaram a cor. Na inspeção da área abdominal, quanto à presença de alterações que podem dificultar a confecção do estoma e aderência da bolsa coletora, quando

comparado o sexo do participante e a área do abdome, o sexo feminino se apresentou mais vulneráveis. Em relação a confecção do tipo de estoma, 12 foram temporárias e 10 definitivas. Comparando os grupos demarcados, não demarcados e aqueles orientados e não orientados para o autocuidado, os não demarcados como aqueles não orientados apresentaram mais complicações nos estomas e na pele periestoma. Ainda se observou nos resultados que 81,8% dos estomas foram gerados pelos cirurgiões em sítios da região abdominal previamente examinado e demarcado pelo enfermeiro. **Conclusão:** Avaliação e delimitação da área abdominal pelo enfermeiro estomaterapeuta previamente à cirurgia se mostrou efetiva para a prevenção e diminuição das complicações no estoma e pele periestoma, assim como a orientação para o autocuidado prestada ao cliente.

Descritores: Estomas cirúrgicos. Enfermagem. Oncologia. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The intestinal stoma of elimination is the exteriorization of the intestinal loops in the abdominal wall, which may be temporary or definitive. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the site demarcation performed by the stoma nurse to prepare an intestinal stoma for patients with cancer, with and without their guidance for self-care with ostomy. **Method:** Observational, longitudinal study of a prospective cohort of follow-up of similar individuals (groups of cancer patients undergoing intestinal ostomy with and without demarcation and with and without orientation for post-surgical self-care). The research was carried out at the Fundação Centro de Controle em Oncologia, of the State Department of Health of Amazonas. The sample consisted of 22 (twenty-two) participants that resulted in surgical therapeutic submission of an eliminating intestinal stoma. A convenience sample was carried out, not probabilistic and not random. To determine the sampling, the average number of colostomies and ileostomies was raised, which indicated the preparation of intestinal stomas, performed in the quadrennium (2014-2017). The cohort consisted of two follow-up groups: group of cancer patients undergoing intestinal ostomy with demarcation and guidance by the stoma nurse for self-care with ostomy and group of cancer patients undergoing intestinal ostomy without demarcation and without guidance by the stoma nurse for self-care with ostomy. Data collection was performed through the intervention of three procedures: demarcation of the stoma site by a stoma therapist nurse, patient guidance for self-care with intestinal ostomy and data collection on a surgical map. The data were tested and analyzed using non-parametric tests, after verifying that some variables did not follow a normal distribution, using the Kolmogorov-Smirnov test. A significance level of 5% ($p < 0.05$) was adopted. **Results:** Of the 22 ostomized patients, 16 (72.7%) were female and 6 (22.3%) were male. Regarding color, most were brown 13 (59.1%), followed by white 4 (18.2%), black 2 (9.1%) and yellow 1 (4.5%), 2 (9, 1%) did not inform the color. In the inspection of the abdominal area, regarding the presence of alterations that may hinder the construction of the stoma and adherence of the collection bag, when comparing the participant's gender and the abdomen area, the female sex was more vulnerable. Regarding the making of the stoma type, 12 were temporary and 10 were definitive. Comparing the demarcated, non-demarcated groups and those oriented and not oriented towards self-care, those not demarcated as those not oriented showed more complications in stomata and peristomal skin. It was also observed in the results that 81.8% of the stomata were generated by surgeons at sites in the abdominal region previously examined and demarcated by the nurse.

Conclusion: evaluation and delimitation of the abdominal area by the stoma nurse before the surgery proved effective for the prevention and reduction of complications in the stoma and peristomal skin, as well as the orientation for self-care provided to the client.

Descriptors: Surgical stomas. Nursing; Oncology. Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Trato gastrointestinal.....	24
Figura 2 – Câncer colorretal	26
Figura 3 – Câncer colorretal	26
Figura 4 – Estoma intestinal	32
Figura 5 – Em posição sentada, em pé e deitada	38
Figura 6 – Pacientes idosas com flacidez acentuada e concentração de gordura abdominal ...	52
Figura 7 – Estoma apresentando sangramento	53
Figura 8 – Paciente apresentando dificuldade na aderência da bolsa coletora e com extravasamento de fezes	53
Figura 9 – Pacientes com hérnia paraestomal e prolapso	53
Figura 10 – Estoma com separação muco cutânea e retração	54
Figura 11 – Estoma apresentando granuloma.....	54
Figura 12 – Pele periestoma com maceração	54
Figura 13 – Paciente avaliada nas três posições, demarcada e com bolsa de Karaya	55
Figura 14 - Paciente demarcada e com ileostomia após RAP	55
Figura 15 – Paciente demarcada e com colostomia e urostomia após exenteração pélvica.....	55
Figura 16 – Pele periestoma com hiperemia e dermatite.....	56
Figura 17 – Gráfico do número de pacientes e média de dias entre o diagnóstico e início do tratamento por quimioterapia ou radioterapia	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Razão de chances dos dados de vida pregressa, segundo a ocorrência de complicações (n = 22)	45
Tabela 2 - Inspeção da área do abdome por quantitativo de aspecto observado e por sexo.....	45
Tabela 3 - Cirurgias propostas por estoma confeccionado.....	47
Tabela 4 - Complicações/alterações observadas no estoma ou pele periestoma	48
Tabela 5 - Complicações/alterações observadas no estoma ou pele periestoma por pacientes demarcados e não demarcados que geraram estoma.	48
Tabela 6 - Tipo de estoma confeccionado por tipo de permanência	49
Tabela 7 - Complicações/alterações observadas no estoma ou periestoma por escolha pelo local demarcado.....	50
Tabela 8 - Complicações/alterações observadas no estoma ou periestoma por orientação ao paciente.....	50
Tabela 9 - Complicações/alterações observadas no estoma ou periestoma por tipo de estoma confeccionado.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizado
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCR	Câncer Colorretal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCECON	Fundação Centro de Controle em Oncologia
GI	Trato Gastrointestinal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PH	Potencial Hidrogeniônico
RN	Resolução Normativa
RAP	Ressecção Abdominoperineal
RAR	Ressecção Anterior de Reto
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
WCET	<i>World Council of Enterostomal Therapists</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 O objeto do estudo	20
1.2. Justificativa e contribuição	21
2 OBJETIVOS	23
2.1 Geral	23
2.2 Específicos.....	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 Anatomofisiologia do trato gastrointestinal	24
3.2 Características clínicas e anatomopatológicas do câncer colorretal.....	25
3.3 Câncer colorretal: aspectos epidemiológicos, fatores de risco, diagnóstico e tratamento:.....	26
3.4 Estomas Intestinais e complicações.....	29
3.5 O paciente com Câncer Colorretal e Estomas Intestinais: Aspectos biopsicossociais	32
3.6 Normativas e portarias que incluem o paciente estomizado.....	33
3.7 O Enfermeiro Estomaterapeuta e a demarcação de Estoma Intestinal	35
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Tipo de Estudo.....	38
4.2 Local da Pesquisa	38
4.3 População e Amostra da Pesquisa	38
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	39
4.5 Instrumento para coleta de dados	39
4.6 Procedimentos para a coleta de dados	40
4.7 Análise dos dados	42
4.8 Aspectos Éticos	42
5 RESULTADOS	44
6 DISCUSSÃO	56
7 CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	80
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
APÊNDICE C - Instrumento para Coleta de Dados – Formulário para demarcação e avaliação de estoma intestinal de eliminação	88

APÊNDICE D - Instrumento para Coleta de Dados – Formulário para avaliação de estoma intestinal de eliminação não demarcado.....	100
ANEXOS	111
ANEXO A – Carta de Anuência.....	111
ANEXO B - Autorização para realização de pesquisa	112
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Cep	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 O objeto do estudo

Propôs-se como objeto de estudo, os estomas intestinais de eliminação em pacientes com doença oncológica, avaliados pelo enfermeiro estomaterapeuta. Estomia se refere a uma abertura cirúrgica que faz uma comunicação entre órgãos ou víscera e meio externo. Tem por finalidade restituir ao cliente acometido por determinada doença uma mudança no seu quadro patológico e possibilitando uma sobrevida. Os estomas intestinais de eliminação são a exteriorização das alças intestinais na parede abdominal, podendo ser temporária ou definitiva.¹

Figurando-se como um grave problema de saúde pública com fatores multicausais, os estomas intestinais têm forte relação com as doenças carcinogênicas. Para o Instituto Nacional do Câncer é indiscutível, que o câncer não seja visto como um problema de saúde pública, especialmente, nos países em desenvolvimento. No Brasil, entre os anos de 2018 e 2019 se aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer para cada ano e entre eles, estão o câncer de colón e reto, que podem corresponder a um risco estimado de 16, 84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres.²

Epidemiologicamente, toda essa estimativa e aumento de casos novos de câncer de colón e reto na população brasileira, implicarão em intervenções cirúrgicas e à confecção de estomas intestinais. Os dados quanto à porcentagem da população estomizada no Brasil, ainda são deficientes, porém, com a Portaria do Ministério da Saúde (MS) de nº 400 de 16 de novembro³, esperava-se atender um quantitativo de 100 mil pessoas com estomias. E segundo a Associação Brasileira de Ostomizados, o Brasil já conta com um significativo número de pessoas com estoma, podendo chegar a 80 mil pessoas nessa condição, o que requer do país, a necessidade de propor uma assistência com profissionais especializados para essa clientela.⁴

Compreende-se que a amputação de qualquer parte do corpo é traumática, podendo acarretar em mudanças na aparência, alterando a autoimagem e levando à necessidade da pessoa com estomia ajustar-se à sua nossa realidade.⁵ Também se compreende que são diversos os fatores que podem levar o paciente a confecção de um estoma intestinal, como por exemplo: pacientes com diverticulite complicada, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca e complicações após anastomose primária, entre outros fatores.⁶ E na tentativa de salvar a vida do indivíduo, estabelece-se como medida, a confecção de um estoma, mas em contrapartida, várias complicações podem advir após o procedimento cirúrgico.

A complexidade que envolve um paciente com estoma ou candidato à confecção de uma estomia e, ainda, sendo desencadeado por câncer, exige que seu atendimento seja detalhado, com uma visão integral, holística e cuidadosa. Demanda uma equipe multiprofissional e capacitada para visualizar a dimensão da problemática desse cliente, enquanto ele estiver com o estoma intestinal.

Por isso, faz-se imprescindível a presença do enfermeiro estomaterapeuta nessa equipe. Esse profissional abordará o paciente no pré-operatório e pós-operatório, delimitando os pontos-chaves para uma melhor funcionalidade do estoma, incluindo a demarcação prévia do sítio cirúrgico e o cirurgião dará continuidade no ato cirúrgico visando beneficiar sempre o paciente.

Diante da contextualização e problemática levantada e, a fim de evidenciar o objeto do estudo, levantou-se como pergunta de pesquisa e hipóteses para este estudo:

- Qual a efetividade da demarcação do sítio realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção de um estoma intestinal ao paciente com doença oncológica, com e sem sua orientação pós-cirúrgica?

Hipótese alternativa:

- A demarcação prévia do sítio cirúrgico com orientação realizadas pelo enfermeiro estomaterapeuta aumenta a efetividade do estoma intestinal em paciente com doença oncológica.

Hipótese nula:

- A demarcação prévia do sítio cirúrgico com e sem sua orientação pós-cirúrgica realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta não aumenta a efetividade do estoma intestinal em paciente com doença oncológica.

1.2. Justificativa e contribuição

Estudos mostram que entre 21 a 70% dos pacientes estomizados apresentam complicações nos estomas intestinais, sendo essas complicações diversas, o que pode ser uma das justificativas mais importantes quanto à necessidade de se abordar esta temática de maneira técnica e científica.^{7,8} Uma avaliação prévia e a demarcação da área abdominal podem ajudar a minimizar complicações no estoma e favorecer uma melhor recuperação e adaptação ao paciente, diminuir o tempo de internação ou o retorno desse paciente com complicações ao sistema de saúde e, conseqüentemente, reduzir os gastos públicos.

A complexidade de estomas intestinais, desencadeados por doenças oncológicas e possíveis complicações que podem ocorrer nessas estomias, conduziram à motivação para elaborar este estudo. Pois enquanto enfermeira assistencial de centro cirúrgico, que atendeu pacientes com doença oncológica e como enfermeira estomaterapeuta, observou-se um grande número de pacientes, que são submetidos a procedimentos cirúrgicos que geram estomas intestinais e não tem uma avaliação minuciosa do seu corpo, para identificar possíveis alterações em região abdominal, que possam comprometer a adaptação do paciente ao estoma e a sua viabilidade após a confecção. Ressalta-se ainda, que alguns desses procedimentos em pacientes com câncer podem gerar em estomas intestinais definitivos, o que carece maior atenção na confecção da estomia.

Pelo prisma econômico, a relevância do estudo pauta-se na justificativa que a falta de avaliação e de demarcação prévia do sítio do estoma, além de trazer todo um transtorno para o paciente, aumenta também, o gasto público com esse tipo de procedimento e com o cliente, que algumas vezes retorna para uma nova intervenção cirúrgica, ficando mais tempo internado, ocupando leito e longe do seu familiar. Além de contribuir com o aumento dos gastos com materiais de consumo, como troca de bolsa coletora excessiva e com curativo devido algumas lesões.

Pensando na contribuição do estudo, em um plano assistencial, a importância do mesmo pode despertar na equipe, atenção para uma complexidade, que envolve o cuidar de um paciente com doença oncológica e com estomia, remetendo os profissionais à necessidade de elaborar um plano de cuidado programado de forma específica para cada paciente, sendo que, essa equipe deve ser multiprofissional e multidisciplinar, devendo caminhar junto em todo processo de cuidar desse cliente.

Vislumbra-se ainda, que o estudo pode contribuir com a enfermagem enquanto profissão pautada na ciência, com a especialização técnico-científica em enfermagem em estomaterapia no país e outras especializações que existem na enfermagem, pois, compreende-se que o profissional especialista é o capacitado de conhecimento e habilidades dentro de determinada área e apropriado para atender aos clientes, leia-se: pacientes com estomas intestinais, que no momento da busca por cuidados especializados, demanda por profissionais especialistas.

Ao mesmo tempo, pretende-se favorecer maior visibilidade para o enfermeiro referente à necessidade de se investir neste profissional especializado. O quanto o mundo do trabalho perde uma vez que, insiste em ignorar em não contratar e pagar este profissional adequadamente como especialista.

Ainda se pretende que o estudo venha contribuir também, com a instituição de saúde em questão, que terá maior visibilidade, mediante os resultados advindo desta pesquisa e que sua clientela terá um atendimento interdisciplinar, visando uma assistência que melhor a atenda.

Faz-se relevante ainda esta discussão, por se entender que, publicações que incluem a peculiaridade dos pacientes oncológicos no que se refere à demarcação de estomas, ainda são escassas.⁸ Então, o estudo contribuirá com a comunidade acadêmica, bem como com pacientes e familiares que queiram obter informações quanto à temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a efetividade da demarcação do sítio realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção de um estoma intestinal ao paciente com doença oncológica, com e sem sua orientação para o autocuidado com estomia.

2.2 Específicos

- Descrever a presença de complicações nos pacientes demarcados e não demarcados, com e sem orientação para o autocuidado com estomia, pelo enfermeiro estomaterapeuta.
- Identificar os tipos de estomas confeccionados nos pacientes com doença oncológica em relação à colostomia ou ileostomia e permanência (temporária ou definitiva).
- Identificar o local de demarcação de estomas intestinais de eliminação realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção do estoma pelo cirurgião.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Anatomofisiologia do trato gastrointestinal

O trato gastrointestinal (GI) é um trajeto com 6,9 a 7,8 m de comprimento que se estende da boca, passando pelo esôfago, estômago, intestinos delgado, grosso e reto, até a estrutura terminal, que é o ânus. O esôfago se localiza no mediastino anterior à coluna vertebral e posterior à traqueia e coração. A porção restante do trato gastrointestinal, localiza-se dentro da cavidade peritoneal. O estômago está situado na porção superior esquerda do abdome, abaixo do lobo esquerdo do fígado e do diafragma, sobrepondo-se à maior parte do pâncreas.⁹

O estômago armazena o alimento durante a alimentação, secreta líquidos digestivos e impura o alimento parcialmente digerido ou quimo, para dentro do intestino delgado. O intestino delgado por outro lado, é o segmento mais longo do trato GI, contribuindo aproximadamente dois terços do comprimento total e se divide em três partes: duodeno, que é a parte proximal, jejuno, a parte mediana e o íleo, este se localizando na parte distal. O intestino delgado é responsável por uma superfície destinada para secreção e absorção, processo pelo qual os nutrientes entram na corrente sanguínea através das paredes intestinais.⁹

Já o intestino grosso, consiste em um segmento ascendente no lado direito do abdome, um segmento transversal que se estende da direita para a esquerda no abdome superior, e um segmento descendente no lado esquerdo do abdome. Sendo que, o colón sigmoide, o reto e o ânus completam a porção terminal do intestino grosso. É no trato GI que ocorre a clivagem das partículas do alimento na forma molecular para a digestão, absorção de pequenas moléculas de nutrientes produzidas na digestão para dentro da corrente sanguínea e a eliminação dos alimentos não absorvidos e não digeridos e outros produtos residuais.^{9,10}

Figura 1 - Trato gastrointestinal



Fonte: Saúde e Dica.¹¹

3.2 Características clínicas e anatomopatológicas do câncer colorretal

Cânceres são doenças da expressão descontrolada de genes, e por isso chamada de doença genética. A causa desse descontrole se deve pelo menos em parte às condições que sobrepõem ou pelo menos subvertem a conservada capacidade de estabilidade genômica. A crescente exposição do homem a agentes químicos, físicos e biológicos, potencialmente mutagênicos e ou carcinogênicos, explica em parte a incidência elevada da doença.¹⁰

O câncer do colorretal (CCR) abrange tumores que acometem os seguimentos do intestino grosso e colón. Sendo uma doença tratável e com grande chance de cura, quando detectado precocemente.¹² A porção do colón é mais frequentemente acometido por neoplasias primárias como os adenomas e adenocarcinomas. Sendo que, 95% dos casos são causados por adenocarcinoma. A câncer colorretal acomete segmento distal do reto e sigmoide, ceco, colón ascendente e transversal. Sendo, o câncer de colón duas vezes mais frequente que o câncer de reto.^{13,9} Esse câncer pode se iniciar como um pólipó benigno, mas podendo se tornar maligno e invadir tecidos normais e destruí-los. Ainda pode se estender para estruturas adjacentes e causar metástase como no fígado, peritônio e os pulmões.^{9,10}

Os sintomas do CCR são determinados, em sua maioria, pela localização do câncer, estágio da doença e pela função do segmento intestinal acometido. O sintoma geralmente começa com uma alteração nos hábitos intestinais, eliminação de sangue nas fezes, que é o segundo sintoma mais comum. Também pode aparecer anemia, sendo esta muitas das vezes inexplicáveis, anorexia, perda de peso e fadiga. Também sintomas associados às lesões no intestino do lado direito aparecem como, dor vaga no abdome (síndrome dispéptica). E em um estágio mais avançado, pode se ter um tumor palpável no quadrante inferior direito.^{9,10,14}

Já os sintomas associados às lesões do lado esquerdo são a obstrução intestinal, estreitamento das fezes, constipação e sangue vermelho vivo. Os sintomas associados às lesões que acometem o reto são o tenesmo, dor retal, sensação de evacuação incompleta depois de uma evacuação, alternância entre constipação e diarreia e fezes sanguinolentas, sintomas mais raros podem ocorrer, como fístulas na bexiga, vagina ou na pele. Alguns sintomas inespecíficos também podem aparecer, o que leva a uma subavaliação por parte dos profissionais e não se atentarem para o risco crescente de câncer colorretal.^{9,10,14}

Figura 2 - Câncer colorretal



Fonte: Saúde e Dica. ¹¹

Figura 3 - Câncer colorretal



Fonte: Dr. Marcelo Marciano. ¹⁵

3.3 Câncer colorretal: aspectos epidemiológicos, fatores de risco, diagnóstico e tratamento:

O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais frequentes na população adulta mundialmente, apresentando uma incidência e mortalidade crescentes em várias partes do mundo. Em alguns países mais desenvolvidos, representa o segundo tipo de câncer mais comum entre a população.¹⁶ No ano de 2012, a estimativa mundial apresentou o câncer de colón e reto, como o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens, com 746 mil casos novos e o segundo mais presente nas mulheres, com 614 mil casos novos no mundo inteiro. Na região Norte do Brasil foi evidenciado, como o quarto câncer mais prevalente entre os homens e o terceiro entre as mulheres.²

No caso de mortalidade, para o ano de 2012 se estimou 694 mil casos para ambos os sexos, sendo que, a maioria desses casos aconteceriam em países com o índice de desenvolvimento humano baixo, devido o prognóstico da doença ser precário.¹²

Alguns fatores de risco estão correlacionados para o desencadeamento e o desenvolvimento do câncer. A história familiar do câncer de colón e reto, a predisposição genética de doenças crônicas do intestino, e a idade são outros fatores contribuintes para o aparecimento da doença. Tanto para a incidência quanto para a mortalidade, observa-se um aumento nas taxas com o avanço da idade.¹² Também pessoas com históricos de retiradas de pólipos adenomatosos, são mais propensas ao reaparecimento dos pólipos e se transformarem em câncer.¹⁶

Entre as doenças inflamatórias intestinais, destacam-se a colite ulcerativa e a doença de Crohn, esta em menor evidência que a primeira. Essas doenças estão associadas como fatores de risco, para o CCR devido ao tempo de exposição do trato gastrointestinal ao processo inflamatório causado pelas mesmas. Ainda se destaca a hiperinsulinemia como forma de

aumentar o risco para o câncer colorretal, pois ela aumenta a proliferação de células no colón e reduz o processo de apoptose celular.¹⁷

O estilo de vida das pessoas também é um forte componente para o CCR, como a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, produtos enlatados, gordura animal ou fritura, consumo de tabaco, a obesidade e uma vida sedentária podem ser grandes contribuintes para o aparecimento da doença. Por outro lado, há fatores que podem ser usados como protetores ou preventivos: a ingestão de peixes, óleo de peixes, verduras, frutas, fibras alimentares, vitamina D, uso de cálcio e a prática regular de atividade física são considerados benéficos ao controle do câncer colorretal.^{17, 16}

O câncer colorretal é uma doença com grandes possibilidades de cura, para tanto, a sua descoberta deve ser o mais precoce possível. Pensando no diagnóstico do câncer colorretal, o rastreamento da doença tem como objetivo identificar e tratar tanto as lesões precursoras, como as neoplasias malignas em suas fases iniciais.¹⁶

O CCR pode ser assintomática e sintomática, então, o seu diagnóstico em pacientes assintomático normalmente ocorre na realização de exames de rastreamento de pesquisa de sangue oculto nas fezes. Esse é um método mais utilizado e estudado principalmente aquele que utiliza o método de guáiac. Este método apresenta baixa complexidade e aponta uma redução de óbito por CCR de 14% e 18% em exames bianuais e de 33% se realizado anualmente. Recentemente foi implementada a pesquisa de sangue oculto nas fezes, usando o método de análise imuno-histoquímica, aumentando a acurácia do exame para o rastreamento da neoplasia colorretal.^{16,10,18}

A colonoscopia é o exame que acessa todo o colón, sendo considerado o exame mais preciso a pesquisa de pólipos e de neoplasias colônicas. Assim, requer um endoscopista treinado para sua execução e exige o preparo de todo o colón previamente e sedação do paciente, além de ser um exame caro e invasivo, ainda assim, recomenda-se que as pessoas com idade acima de 50 anos devem realizar a colonoscopia, como forma de prevenção e detecção precoce do CCR. Tão importante, quanto a colonoscopia é a obtenção de uma biopsia, como a fase impar para o diagnóstico do câncer colorretal, para definir as características histológicas da lesão e o grau de diferenciação celular.^{16,10,18}

Já a retossigmoidoscopia é um exame de baixo custo e largamente disponível no sistema de saúde, não precisa de sedação e nem de preparo completo do colón, podendo ser realizado no ambulatório por profissionais adequadamente treinados. Sua desvantagem é a visão limitada ao colón descendente e reto, e assim, as lesões mais próximas ao aparelho não estariam ao seu alcance direto.^{16,10,18}

O exame realizado pela tomografia avalia a extensão da lesão neoplásica do colón e reto, invasão da parede retal, acometimento de linfonodos e invasão de órgãos vizinhos, como: vagina, próstata, bexiga e outros. Também é empregada para avaliar o estadiamento à distância do câncer colorretal, especificamente as lesões que acometem o fígado. A combinação da tomografia computadorizada com contraste, mostrou-se um método de alta sensibilidade e especificidade para a detecção do CCR.¹⁷ Ainda no caso de metástases hepáticas, alguns serviços utilizam a ultrassonografia intraoperatória ou a ressonância magnética. Já na avaliação do tórax pode usar a radiografia torácica ou ainda uma tomografia.⁹

A ultrassonografia endorretal também auxilia na definição detalhada das camadas da parede intestinal e de tecidos circunjacentes, estadiamento do grau de infiltração do câncer no reto, localização e intensidade do comprometimento de linfonodos.^{19,20}

Quanto ao o tratamento para o CCR, este pode ser variado e depende da progressão da doença. Por isso, os planos de cuidado e terapêutico devem ser individualizados e de acordo com as necessidades específicas de cada paciente. Tendo como base o padrão e o ritmo da doença, metástase caso exista, grau dos sintomas, risco de obstrução intestinal eminente e outras comorbidades.²¹

Os objetivos primordiais do tratamento do câncer colorretal são a ressecção ampliada do segmento intestinal envolvido, com a remoção dos linfonodos na área de drenagem do mesmo. A extensão dessa ressecção é determinada pelo suprimento sanguíneo e pela distribuição colorregional dos linfonodos.¹⁰ Atualmente, existem vários tratamentos para o CCR como a cirurgia, podendo esta ser curativo ou paliativa, a quimioterapia e a radioterapia. Essas modalidades de tratamento podem ser usadas separadas ou associadas.²²

O tratamento cirúrgico consiste na ressecção do segmento intestinal, estando indicado para a maioria das lesões. Podendo ser uma ressecção segmentar com anastomose; ressecção abdome perineal com colostomia de sigmoide permanente; colostomia temporária seguida por ressecção segmentar e anastomose e subsequente reanastomose da colostomia, permitindo a descompressão intestinal inicial e a preparação intestinal antes da ressecção. Também pode ser feita a confecção cirúrgica de uma colostomia ou a ileostomia permanente, para alívio de lesões obstrutivas irressecáveis ou ainda, a construção de um reservatório coloanal, conhecido como bolsa colônica em “J”.⁹

Outras formas de tratamento para o câncer colorretal são as modalidades adjuvantes e neoadjuvantes. Embora no início da implantação das terapias adjuvantes, incluindo a quimioterapia e a radioterapia não surtiam muitos efeitos, mas com o passar do tempo e com seu aprimoramento, estas terapias apresentam um papel fundamental e indispensável no

tratamento do câncer colorretal. Em especial, após a instituição de doses maiores de radioterapia e pelo entendimento de seu efeito sinérgico com a quimioterapia no combate do CCR. A introdução do tratamento neoadjuvante também se mostra um marco de grande importância, pois oferece a possibilidade de regressão tumoral parcial ou total, sendo capaz de reduzir o índice de recidiva e aumentando a sobrevida.²³

3.4 Estomas Intestinais e complicações

Estoma é uma palavra de origem grega e significa boca ou abertura. É utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo, podendo ser temporário ou definitiva. Um estoma ou ostomia é confeccionado para diversas finalidades: alimentação, respiratória e de eliminação no caso de fezes e urina. O estoma pode receber diversas denominações que dependem do órgão a ser exposto. Traqueostomia, a traqueia é exposta para o meio externo e com finalidade respiratória, gastrectomia e jejunostomia têm como função a alimentação. Já as de eliminação, incluem as dos intestinos: colostomia e ileostomia e das vias urinárias são as cistostomia e urostomia.²⁴

Chama-se estomias intestinais a exteriorização do íleo ou do cólon para o meio externo por meio da parede abdominal por um período indeterminado. A confecção dos estomas intestinais é um procedimento comum nas cirurgias do trato digestivo. Os estomas do segmento distal do intestino delgado (íleo) são denominados de ileostomias, e os estomas do intestino grosso são as colostomias. Esses estomas são feitos em alças com modalidades e comprimentos adequados, que facilitam exteriorizá-los através da parede abdominal. Desse modo, os segmentos mais apropriados para se fazer o estoma intestinal seriam o íleo, o cólon transversal e o sigmoide.²⁵

Quanto à classificação e ao modo de confeccioná-los, são classificados como temporários (transitórios) ou definitivos (permanentes). O modo de exteriorizá-los na parede abdominal pode ser feito de duas formas: em alça (duas bocas), onde há exteriorização de toda a alça e abertura apenas de sua parede anterior, ficando duas bocas unidas pela parede posterior. Terminal (uma boca), nessa situação exterioriza-se já a alça seccionada com apenas uma boca.²⁵

O local mais adequado para se exteriorizar o intestino está localizado lateralmente à linha média da parede abdominal, através do músculo reto-abdominal. Em todas as cirurgias abdominais, quando se tem previsão de se fazer um estoma, a incisão cirúrgica deve ser na linha mediana, preservando as laterais do abdômen para um possível estoma.²⁵

A incisão na pele, no tecido subcutâneo e na aponeurose é transversal, de 4 a 5 cm, localizada 4 cm acima e lateralmente à linha umbilical se a colostomia for no cólon transversal

e 4 cm abaixo e lateralmente se for ileostomia (à direita) ou se for sigmoidostomia (à esquerda). Na ileostomia ou colostomia em alça, ao se exteriorizar a alça ileal ou colônica, faz-se a abertura na face antimesentérica e sutura-se as bordas das duas bocas na pele. Na colostomia e ou ileostomia terminal, o íleo ou o cólon é exteriorizado com uma única boca que é sutura à pele.²⁵

Um dos fatores importantes na técnica da confecção das ileostomias é a eversão da mucosa e protusão da alça, o que a torna saliente, de aspecto mamilar, com 3 a 6 cm da borda cutânea. Dessa forma, o líquido entérico cai diretamente na bolsa coletora, não provocando dermatite de contato pela secreção alcalina ileal. A colostomia, por sua vez, pode ficar ao nível da superfície cutânea, pois as fezes que saem do cólon, além de mais consistentes, não são irritantes devido ao PH neutro.²⁵

Após confecção do estoma é necessário o uso de equipamentos específicos e adequados para cada tipo de estoma, que servem como coletores dos conteúdos liberados. Esses equipamentos coletores são as bolsas coletoras de sistema único ou composto, que são descartáveis, aderem à pele e ao redor do estoma. Visam coletar os efluentes, fezes ou urina. Também são usados alguns produtos na tentativa de proteger a pele, que são os adjuvantes. Estes são barreiras protetoras da pele em forma de pó, pasta ou placa, visam proteger a pele contra os efluentes, fezes ou urina liberados pelo estoma.²⁶

Quanto às complicações, os estomas intestinais podem apresentar diversas e muitas delas podem estar associadas à precária localização do estoma. Mas também outros fatores contribuem, como a idade, a fragilidade da musculatura abdominal, aumento do peso após a cirurgia entre outros. Mas assegurar um sítio adequado ao estoma, favorecendo a aderência do equipamento e visualização pelo paciente, constitui-se em estratégia preventiva de complicações importantes.²⁷ Steinhagen *et al.*²⁸, ressaltam que os tipos de estoma influenciam o tipo de complicação, geralmente as colostomias apresentam taxas mais elevadas de hérnia paraestomal e nas ileostomias se destaca a dermatite pele periestomal.

Bass *et al.*²⁹, classificam as complicações nos estomas e pele periestoma como precoce e tardias. Sendo que as precoces podem ocorrer até 30 (trinta) dias, após o ato cirúrgico e as tardias são aquelas que aparecem após os 30 (trinta) dias.

Santos *et al.*⁷, relatam que a maioria das complicações do pós-operatório relacionadas ao estoma, podem ser evitadas mediante um planejamento do local específico do estoma no abdome e da técnica cirúrgica realizada, principalmente nas colostomias e ileostomias definitivas, tendo assim uma maior atenção e preocupação na fixação desse estoma. Barata³⁰, reforça que a má qualidade de vida do paciente estomizado depende por vezes não só da doença associada, mas da deficiência da técnica na construção do estoma. Ainda relata que mediante a

tantos problemas, torna-se uma tarefa difícil para se superar se não tiver o apoio de uma estomaterapeuta.

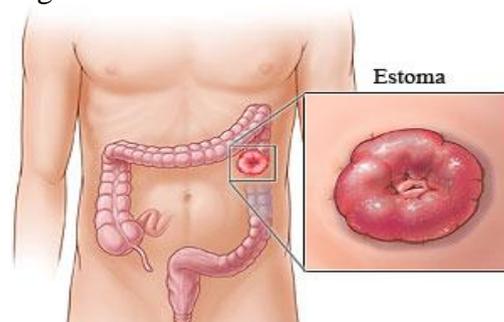
As principais complicações precoces no estoma são: dermatites periestomais, que acontecem devido a não aderência da placa da bolsa coletora causando extravasamento do efluente, que por sua vez, pode ser dificultada pela localização da estomia próxima à proeminência óssea, cicatrizes salientes ou prega cutânea e umbigo. A dermatite é uma das complicações que está relacionada à falta de avaliação da região abdominal e demarcação do estoma. Mas também pode ser causada por alergia à placa de aderência, troca excessiva da bolsa ou limpeza da região.^{7,30,25}

A isquemia e a necrose estão relacionadas à obesidade e à cirurgia de urgência. São causadas por uma excessiva tensão ou tração no mesentério. A isquemia por vezes pode ser observada ainda no ato da cirurgia, quando a cor, característica da mucosa, passa para um tom azulado ou púrpuro, escurecido ou acinzentado. Já a necrose, aparece algumas horas no pós-operatório imediato, surge com uma coloração púrpura no estoma, que fica cada vez mais escuro. O sangramento e ou a hemorragia também são complicações precoces, ainda que sejam poucos frequentes. Podem decorrer de uma hemorragia inadequada, tanto na parede abdominal como na submucosa e mesentério da alça intestinal.^{7,30,25}

A retração é propiciada devido ao segmento curto do intestino ou exteriorização sobre tensão, que causa a penetração da alça intestinal para a cavidade abdominal, dificultando assim a colocação da bolsa coletora e favorecendo a liberação dos efluentes. A retração pode ser compreendida como uma complicação grave, principalmente para as ileostomias e está mais relacionada à técnica cirúrgica.^{25,28,30}

Quanto as complicações tardias, entram nessa categoria a estenose que pode ser causada pela isquemia, que se for superficial, pode ser trada pela dilatação, caso o contrário, precisará de intervenção cirúrgica. Mas também a estenose pode ser causada pelo tecido cicatricial circular, que se forma no local do estoma e deve ser retirado cirurgicamente. O prolapso, que é a protusão ou exteriorização do segmento de alça intestinal através do estoma e pode estar associado a hérnia paraestomal. Esta por sua vez, consiste na protusão das alças intestinais no trajeto do estoma, formando um abaulamento ao redor da estomia, podendo aparecer dois anos depois da confecção do estoma. A idade avançada, a obesidade, o esforço físico e a fragilidade da musculatura podem desencadear a hérnia perestomal. Também a confecção de um estoma as cicatrizes significativas podem favorecer o aparecimento da hérnia, o que leva a atender com uma demarcação prévia reduziria essa complicação.^{30,9,28}

Figura 4 - Estoma intestinal



Fonte: Enfermagem Novidade.³¹

3.5 O paciente com Câncer Colorretal e Estomas Intestinais: Aspectos biopsicossociais

Compreende-se que, sofrer qualquer alteração no seu corpo traz sentimentos bons ou ruins. No caso de um estoma intestinal, esses sentimentos são quase sempre desagradáveis. Pois uma colostomia e ou ileostomia é uma mutilação e agressão mecânica ao corpo humano, na tentativa de salvar vida e ou oferecer a possibilidade de uma vida melhor se comparada antes da cirurgia. Essa imagem corporal alterada, traz grande impacto ao paciente, sensação de perda, o que abala todo seu emocional.

O paciente estomizado terá o desafio de adquirir habilidades para conviver com o corpo alterado e experimentará transição psicossocial. O uso da bolsa coletora está associado aos sentimentos de mutilação, perda da saúde, da autonomia e tristeza podem mobilizar vivências auto depressivas, vinculadas aos sentimentos de inutilidade, incapacidade e autoeficácia reduzida.³² Silva e Shimizu³³, relatam que no pós-operatório, muitos pacientes que fazem colostomia, tendem a preferir a própria morte a fazer uma estomia, pois desenvolvem um quadro de negação, revolta e barganha, depressão e aceitação do procedimento.

Esses pacientes após a confecção do estoma, sentem-se privados e muitas das vezes à margem da sociedade. Estar com amigos e familiares que antes era prazeroso, após a instalação do estoma, torna-se tenebroso. O medo de sofrerem algum acidente com o dispositivo ou até mesmo com os fluidos é constante. Os alimentos que faziam parte de sua dieta livremente passam a ser restritos

Segundo Almeida *et al.*³⁴, pacientes entram em depressão logo após a descoberta da doença que os levará à formação de um estoma e sentem-se desmotivados para o tratamento e apresentam medo à sua nova condição de vida, situação necessária para a atuação da equipe multiprofissional, que visa garantir a este cliente uma assistência de qualidade, valorizando-o como ser indivisível, único passivo e ativo de cuidados qualificados, para que o mesmo se sinta

amparado. Ressalta-se, ainda, que não se pode deixar de referir o quanto é primordial o apoio da família ao paciente com estoma intestinal, haja vista que, para esta família, oferecer apoio ao seu ente, precisará obter conhecimento do funcionamento do estoma e o que ele significa para o paciente.

3.6 Normativas e portarias que incluem o paciente estomizado

A Associação Internacional dos estomizados, expressa que pacientes estomizados têm por direito receber apoio médico e cuidados de enfermagem especializada no período pré-operatório e pós-operatório em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar, com a oferta de oportunidade de escolher entre diversos equipamentos para estomia, aquele que melhor o atenda, sem preconceito ou constrangimento, o que faz necessária, a criação e implementação de leis que garantam esses direitos.³⁵

Em 2005, a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), em conjunto com a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), observando a necessidade de clareza e detalhamento quanto à assistência e liberação de equipamentos aos pacientes estomizados em portarias e resoluções já existentes, apresentaram ao Ministério da Saúde uma proposta de portaria de atenção às pessoas com estomas.³⁶ Nessa proposta, são elencados alguns fatores que devem ser considerados e implementados na assistência ao paciente estomizado, como: os tipos de estomas existentes, diferentes equipamentos coletores e adjuvantes, atendimento sistematizado e multiprofissional, capacitação de recursos humanos, aumento de serviços estruturados para atendimento da clientela estomizada e outros.³⁶

Na Portaria nº 400, de 6 de novembro de 2009, observa-se a preocupação de uma melhor assistência ao paciente estomizado, considerando que o texto contém recomendações feitas pela SOBEST e ABRASO. Esta Portaria aponta a necessidade de se garantir às pessoas estomizadas a atenção integral à saúde, por meio de intervenções especializadas, de natureza interdisciplinar; e que o pleno atendimento às suas necessidades, depende da qualificação do processo de atenção, que incluem: prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança do paciente.³ Destarte, considera-se que a atenção à pessoa estomizada, exige uma estrutura especializada, com área física adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados e que as unidades de saúde que prestam assistência ao paciente estomizado, definam um fluxo de referência e contra referência com as unidades hospitalares.³

Em síntese, no artigo 1º, a Portaria 400/2009 estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas estomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a serem

observadas em todas as unidades federais, respeitadas as três esferas de gestão. O artigo 2º define que, a atenção à saúde das pessoas com estoma seja composta por ações desenvolvidas na Atenção Básica e ações desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde das pessoas ostomizadas.³ Já o artigo 3º, a Portaria de nº 400/2009 determina que, o Serviço de Atenção à Saúde das pessoas estomizadas seja classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I e Atenção às Pessoas Ostomizadas II. Onde o serviço de Atenção à saúde das Pessoas Ostomizadas I deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Já o serviço de classificação de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação dos profissionais.³ A portaria ainda descreve que este serviço classificado em Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II deve dispor de uma equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integradas a estruturas físicas de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de Reabilitação Físicas, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia-UNACON e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia-CACON.³

A Resolução Normativa - RN n. 325, de abril de 2013, altera a Resolução Normativa – RN n. 211 de janeiro de 2010. E, em seu artigo 2º, relata, que o Anexo I da Resolução Normativa de 2010 passa a vigorar acrescido do item, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, o que mostra um avanço quanto as políticas públicas voltadas ao paciente estomizado.³⁷ Esta resolução é composta por quatro anexos, sendo o último especificado como *Protocolo de Utilização* e traz alguns pontos específicos para pacientes estomizados. Neste protocolo são especificados os termos ostomias e estomias, que serão utilizados para o mesmo fim. O texto da resolução expressa que para o fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes, é necessário que o relatório médico descreva a doença de base, o tipo de cirurgia, permanência do estoma, o tipo da estomia, localização da região do abdome, data da realização do procedimento, quadro clínico atual do paciente e definição dos equipamentos necessários. Quanto ao atendimento no serviço privado ao paciente estomizado, determina que cabe à operadora de planos privados de assistência à saúde, a definição da distribuição dos equipamentos, a organização da orientação para o uso e para o autocuidado por meio de rede própria, credenciada, referenciada, contratada ou mediante o reembolso e; ao profissional solicitante dos equipamentos pela operadora de planos privados de assistência à saúde, deve

justificar clinicamente a indicação do equipamento e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas pela ANVISA, e que atendam as características específicas do estoma do paciente.³⁷

3.7 O Enfermeiro Estomaterapeuta e a demarcação de Estoma Intestinal

A escolha por uma especialização profissional seja ela em estomaterapia ou outra especialidade, não é uma tomada de decisão fácil, tendo em vista que se caracteriza como um importante momento de transformação pessoal e social impregnada por simbolismo e significações individuais e coletivas para a alta performance profissional, tendo-se, também, em consideração, o impulso ao fator econômico e campo de atuação especializado.³⁸

A estomaterapia surgiu no ano de 1950, nos EUA, onde, naquela época, as especialidades ainda eram desconhecidas e não bem definidas e; os acontecimentos com o paciente eram voltados para o ato cirúrgico dos estomas, sem uma preocupação com o pré-operatório ou pós-operatório desse paciente. Posteriormente, viu-se a necessidade de cuidados voltados para o pós-operatório do paciente estomizado.³⁹

Já no Brasil, a estomaterapia em enfermagem, foi instituída em 1990, sendo uma especialidade (*lato sensu*) da prática do enfermeiro voltada para a assistência às pessoas com estomias, fístula, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas, incontinência urinária e anal. Este profissional atua nos aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação e em busca da qualidade de vida do cliente e sua família. São enfermeiros estomaterapeutas somente os pós-graduados em cursos de especialização que abrangem todas as áreas da especialidade e que sejam reconhecidos tanto pela SOBEST, quanto pelo *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET).⁴⁰

O enfermeiro estomaterapeuta é um profissional que, com especialidade, pode atuar tanto em instituições públicas ou privadas, em ambulatório, consultório e, também, de forma liberal no atendimento domiciliar ao paciente estomizado. É responsável pelo cuidado direto ao paciente, pela distribuição dos equipamentos utilizados pelo paciente bem como, responsável em orientar o uso destes equipamentos e preparar o paciente para seu autocuidado.

A responsabilidade do enfermeiro estomaterapeuta com o paciente com indicação de um estoma intestinal se inicia no pré-operatório, transcorrendo no pós-operatório imediato, mediato e no seu acompanhamento nas consultas de enfermagem no ambulatório.

No pré-operatório, o enfermeiro estomaterapeuta vai questionar esse paciente quanto ao seu processo saúde-doença, vida social e trabalhista, hábito alimentar para explicar a ele o

diagnóstico, a cirurgia proposta pelo cirurgião, a finalidade do estoma e o que significa uma estomia. O enfermeiro estomaterapeuta avalia a condição nutricional desse cliente e seu modo de se vestir. Todas essas informações são essenciais para o estomaterapeuta tomar decisões quanto à demarcação do local do estoma que acontece ainda nessa fase. Isso possibilita evitar ou minimizar complicações no pós-operatório e danos emocionais ao paciente, possibilitando melhor aceitação e adaptação ao estoma pelo paciente.⁴⁰

No pós-operatório a nível hospitalar, o estomaterapeuta avalia a confecção e localização do estoma, verificando se este foi realizado no local sugerido e se a cirurgia proposta ocorreu de fato, caso contrário, certificar o motivo da mudança. Avalia, também, a condição e o tipo do estoma confeccionado, aspecto da estomia, sua funcionalidade, risco de complicação precoce e o estado emocional do paciente, sinalizando outros profissionais como o psicólogo caso seja necessário, orienta o cuidado com o estoma e manejo com os dispositivos usados, prepara esse paciente para alta hospitalar e encaminha para a consulta ambulatorial com o enfermeiro estomaterapeuta, onde continuará sua assistência.⁴⁰

A enfermagem é uma profissão liberal, entendida como uma ciência, arte e prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Cabe ao enfermeiro, privativamente, a consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem aos pacientes graves com risco de vida, ficando claro que os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisão são atribuídos ao enfermeiro, assim como sua participação do mesmo como membro da equipe de saúde e de enfermagem.⁴¹

A Resolução Cofen Nº 389/2011, atualiza procedimentos para registro de título de pós-graduação e lato stricto sensu concedido ao enfermeiro. Uma vez que, este profissional tenha uma especialização, deve registrá-la no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, conferindo legalidade para atuação na área específica, o que garante ao enfermeiro maior autonomia. Ainda nesta resolução, são listadas as possíveis especializações na enfermagem e entre elas a estomaterapia.⁴² Essa decisão traz ao profissional de enfermagem incentivo para se capacitar, adquirir mais conhecimentos, e de fato, tornar-se um profissional liberal.

Como especialista, ao que se refere a demarcação de um estoma intestinal, para o enfermeiro estomaterapeuta, demarcar um estoma na parede abdominal, significa delimitar uma região ideal e proceder à demarcação com uma caneta especial, com o objetivo de favorecer, durante o ato cirúrgico a confecção de uma abertura anatomicamente favorável, que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes com o mínimo de desconforto para o paciente.²⁷

As diversas complicações de estomais e paraestomais advêm da precária localização do estoma, estando, também, associadas a fatores próprios do paciente, como idade, fragilidade da musculatura abdominal, aumento do peso no pós-operatório entre outros. Entretanto, localizar o estoma em uma área que sugere a aderência do dispositivo e de fácil visualização do paciente, constitui-se em estratégia de prevenção de complicações importantes e; escolher o local da confecção do estoma na sala de cirurgia antes da intervenção, com frequência, não resulta em boas escolhas de localização do estoma, o que implicará na recuperação e reabilitação do cliente o que terá sua efetividade de acordo com a técnica de demarcação.²⁷

A técnica de demarcação acontece em etapas. O paciente precisará ficar sentado, deitado e em pé para que o estomaterapeuta observe o tipo do abdômen desse paciente e suas regiões de dobras. O músculo reto abdominal será localizado e a demarcação acontecerá. Essa demarcação deve acontecer em uma distância de 4 a 5cm de acidentes anatômicos, como rebordo costal e cristal ilíaca, evitando também cicatrizes, linha de cintura, incisões cirúrgicas, pregas cutâneas e mamas pendentes. O profissional levará em consideração a confecção de um segundo estoma, o que é de extrema importância, uma vez que não poderá ficar tão próximo do primeiro para não dificultar a fixação da bolsa de colostomia. Essa demarcação deve ser realizada com o paciente utilizando a bolsa coletora.⁴³

A demarcação de estoma pode ocorrer como forma de tatuagem, onde é injetado 0,01 ml de azul de metileno intradérmico, após antissepsia da com álcool a 70%. A vantagem dessa técnica é que se torna permanente, não desaparecendo com o banho ou antissepsia da pele na sala cirúrgica, porém, é uma técnica dolorosa, podendo ocorrer lesão e necrose no local injetado o material.²⁷

A laceração é outra técnica que pode ser usada para demarcar o local do estoma. Nesta, faz-se a escarificação da epiderme com agulha esterilizada e de fino calibre em diversos pontos em formato de cruz, produzindo assim, uma marca semipermanente e identificada facilmente pelo cirurgião. Esse procedimento é bastante desagradável devido à sensação dolorosa e devido ao rompimento da pele, podendo causar infecção local. Uso da caneta especial ou marcador é a técnica mais utilizada e aceita pelos pacientes. É uma técnica a prova d'água, indolor, não invasiva e econômica e que permite demarcar o local usando um arco de tamanho aproximado aos estomas. A demarcação é semipermanente, resistindo ao preparo durante a antissepsia.²⁷

Figura 5 - Em posição sentada, em pé e deitada



Fonte: Fernanda Queiroz Schmidt. ⁴⁴

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo observacional, longitudinal de coorte prospectiva de seguimento de indivíduos semelhantes (grupos de pacientes oncológicos submetidos a ostomia intestinal com e sem demarcação e com e sem orientação ao autocuidado pós-cirúrgico).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Fundação Centro de Controle em Oncologia - FCECON, da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, unidade de saúde hospitalar e ambulatorial referência para o controle e tratamento de câncer na cidade de Manaus, estado do Amazonas.

4.3 População e Amostra da Pesquisa

A população do estudo foi composta por vinte e seis (26) pacientes internados na instituição para avaliação pré-operatória com indicação cirúrgica para confecção de estoma intestinal de eliminação. Foram excluídos quatro (04) pacientes por não terem indicação de estoma intestinal. A amostra foi de 22 (vinte e dois) participantes que resultaram em submissão terapêutica cirúrgica de um estoma intestinal de eliminação. Realizou-se uma amostra por conveniência, não probabilística e não aleatória. Para determinação da amostragem, levantou-se a média de colostomias e ileostomias, que indicaram a confecção de estomas intestinais, realizadas no quadriênio (2014-2017).

A coorte foi composta por dois (02) grupos de seguimentos:

Grupo 1: Onze (11) pacientes oncológicos submetidos a ostomia intestinal com demarcação e orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta para o autocuidado com estomia.

Grupo 2: Onze (11) pacientes oncológicos submetidos a estomia intestinal sem demarcação e sem orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta para o autocuidado com estomia.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critério de inclusão: pacientes de ambos os sexos, adultos (idade igual ou superior a 18 anos), com indicação de internação e confecção de estoma intestinal; diagnóstico/hipótese diagnóstica de câncer; pacientes que podiam ficar nas posições recomendadas para a demarcação do sítio operatório para a confecção do estoma.

Critérios de exclusão: pacientes que tiveram a cirurgia suspensa por qualquer motivo; pacientes com indicação de estoma intestinal em situação de emergência ou aqueles que foram a óbito; pacientes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos e; pacientes que se declaram de etnias indígenas, devido à necessidade de liberação dos órgãos específicos e responsáveis por esta população.

4.5 Instrumento para coleta de dados

Foram aplicados dois instrumentos do tipo formulário:

1. Formulário para avaliação de estoma intestinal de eliminação demarcado (Apêndice C), composto por: 1. *Dados sociodemográficos*: com as letras iniciais dos nomes participantes, sexo, idade, estado civil, grau de instrução, ocupação e raça e; 2. *Dados do pré-operatórios*: antropométricos, avaliação e demarcação: peso, altura e IMC, algum processo alérgico, reação alérgica à bolsa, avaliação da área abdominal e alterações abdominais como: alteração na pele, cicatrizes e dobra cutânea e demarcação do local dos estomas.

2. Formulário para avaliação de estoma intestinal de eliminação não demarcado (Apêndice D), composto por: 1. *Dados sociodemográficos*: com as letras iniciais dos nomes participantes, sexo, idade, estado civil, grau de instrução, ocupação e raça; 2. *Dados do pré-operatórios*: antropométricos e avaliação: peso, altura e IMC, algum processo alérgico, reação alérgica à bolsa, avaliação da área abdominal e alterações abdominais como: alteração na pele, cicatrizes e dobra cutânea e; 3. *Dados do pós-operatórios*, parte reservada para as avaliações pós-operatórias. Os formulários foram elaborados e adaptados com base no instrumento de Oliveira ⁴⁵.

4.6 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio com intervenção de três procedimentos: Demarcação de local de estoma por enfermeira estomaterapeuta, orientação ao paciente para o autocuidado com estomia intestinal e coleta de dados em mapa cirúrgico.

Os procedimentos de demarcação do local para estomia, foram realizados com onze pacientes oncológicos submetidos à estomia intestinal, os quais receberam orientação para autocuidado e, com onze pacientes oncológicos submetidos à estomia intestinal sem demarcação pela enfermeira estomaterapeuta e que não receberam orientação pela enfermeira estomaterapeuta. Dados foram coletados no mapa cirúrgico da unidade e os pacientes que estivessem com indicação para a confecção de estoma intestinal de eliminação ou cirurgias para verificar os pacientes com indicação de estoma (colostomia e ileostomia). Os pacientes foram visitados nas enfermarias e foram informados quanto as suas participações na pesquisa, procedimento de demarcação e sua finalidade, orientação para o autocuidado pós-cirúrgico, ressaltando-se que onze pacientes não receberam orientação.

As orientações para o autocuidado pós-cirúrgico se referiram à troca e esvaziamento da bolsa coletora, visualização e higienização do estoma e pele periestoma, alimentação saudável, sobrepeso e esforço físico. Os prontuários dos participantes, também, foram vistos pela pesquisadora, a fim de obter informações quanto a confirmação do diagnóstico e da indicação da confecção de estoma intestinal, número de prontuário antes da cirurgia e informações a respeito do estoma depois do ato cirúrgico.

Ao participante que aceitava ser voluntário da pesquisa, era explicado, previamente, todos os passos da técnica da demarcação com o intuito de dirimir dúvidas. Ressalta-se que, a demarcação foi realizada por dois enfermeiros estomaterapeutas, que seguiram a mesma técnica, sendo que um foi o responsável principal pela pesquisa e foi quem esteve à frente de todos os passos do estudo. Para preservar a privacidade dos participantes, estes foram colocados em um ambiente fechado para serem avaliados nas posições recomendadas.

Os participantes foram avaliados nas posições sentada, deitada e/ou em pé, para avaliação de deformidades anatômicas e determinação do local ideal para demarcar. Ressalta-se, que toda a dinâmica da demarcação e coleta dos dados foram explicadas aos pacientes e familiares que estavam presentes, a fim de se ter a colaboração dos mesmos, possibilitando uma relação de empatia, segurança e tranquilidade aos participantes.

Encontros envolvendo os pesquisadores e os pacientes ocorreram nas enfermarias um dia antes da data prevista para cirurgia para não comprometer ou atrasar a ida do paciente para

o centro cirúrgico. O contato da pesquisadora foi disponibilizado ao enfermeiro de plantão, para que no caso o paciente apresentasse alguma reação alérgica em relação à demarcação, o profissional entrasse em contato com a pesquisadora.

Para mapeamento dos estomas: foram demarcados dois lugares na região do abdômen, um em cada flanco (direito e esquerdo), no local que se mostrava mais adequado pelo exame físico, sendo sugestivos para a confecção do estoma. Para delimitar o segundo sítio do estoma, foi colocada uma bolsa de colostomia (Karaya) na primeira demarcação com a finalidade de se evitar aproximação entre os estomas e dificultar a aderência das bolsas, caso ocorresse um segundo estoma. Para demarcação dos sítios, foram utilizadas uma caneta especial a prova d'água e uma régua para delimitação do local de confecção do estoma.

Na demarcação, foi desenhado um círculo de, aproximadamente, 2,5 cm no quadrante inferior direito, para ileostomia ou colostomia ascendente, um círculo em quadrante superior direito ou quadrante superior esquerdo, para colostomia transversa e um círculo no quadrante inferior esquerdo, caso esteja proposto a confecção de uma colostomia descendente ou sigmoidostomia, mantendo-se de 4 a 5 cm longe de pontos críticos, ressaltando-se que essa mesma demarcação do paciente foi feita na ilustração do instrumento de coleta de dados.

Quanto aos participantes que não foram demarcados, esses foram abordados nas enfermarias, explicado a pesquisa, solicitada a participação e após o aceite, foram avaliados, porém não demarcados.

Todos os participantes tiveram o seu peso e sua altura mensurados. Para a obtenção do peso foi usada uma balança digital, que suportava até 180Kg e para a altura uma fita trena de 50m. A balança foi colocada em superfície rígida (piso), onde foi solicitado ao paciente subir na balança, ficar de pé e sem se movimentar e assim se tinha a obtenção do seu peso. Para mensurar a altura do paciente, escolheu-se uma parede reta, solicitando que o mesmo encostasse na parede e ficasse na posição ereta. O ponto zero da fita trena era colocado no pé do paciente e estendida até a parte cefálica do mesmo.

A circunferência abdominal do participante foi mensurada com uma fita métrica de 1,50cm (um metro e meio) e o IMC foi calculado, tendo como valores de referências os recomendados pelo Ministério da Saúde.³⁷

A primeira visita, após a cirurgia, ocorreu com o paciente ainda internado e as demais ocorriam três depois pós-cirurgia. A pesquisadora visitou cada paciente participante do estudo para dar seguimento à coleta de dados, identificando o local da confecção do estoma no local demarcado previamente ou em outro escolhido pelo cirurgião. A pesquisadora, estabeleceu o

retorno de três dias, considerando que estoma intestinal estivesse em funcionamento em até 72 horas e o paciente participante ainda permanece de internação hospitalar.

Para identificar os tipos de estomas em relação à colostomia ou ileostomia e tempo de permanência (temporária ou permanente), avaliou-se o quadrante de localização do estoma, as características das fezes eliminadas e, verificou-se no prontuário do paciente a descrição cirúrgica no que concerne à porção do intestino retirado, porção exteriorizada na parede abdominal e a permanência do estoma.

Para verificação de complicações nos estomas confeccionados, nos locais demarcados, inspecionou-se a aderência da bolsa coletora, o estoma e a pele ao seu redor. Os estomas foram mensurados para avaliação da involução ou evolução do edema. Nos prontuários, buscaram-se informações sobre a bolsa coletora quanto a troca, conteúdo fecal ou alguma alteração observada e registrada sobre o estoma.

4.7 Análise dos dados

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 365 e analisados estatisticamente no programa SPSS versão 20 para análises e posterior disposição dos resultados em tabelas. Os dados foram testados e analisados por meio de testes não paramétricos, após a verificação de que algumas variáveis não seguiam uma distribuição normal, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre os dois grupos foi realizada pelo teste Qui-Quadrado, e nos casos significantes, utilizou-se o teste de Exato de Fisher, com ajuste de Bonferroni para discriminar a diferença. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Em apenas uma variável codificada (tempo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento) foi usada a média como medida de tendência central média e o desvio-padrão amostral como medida de dispersão, porém sem testar comparações.

4.8 Aspectos Éticos

Em relação aos aspectos éticos foram adotadas as recomendações das Resoluções CNS de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Nº 510, de 07 de abril de 2016, que normatizam pesquisa envolvendo seres humanos. Baseada nestas resoluções, os participantes do estudo foram esclarecidos sobre: condição de pesquisados; papel desenvolvido pelo investigador; objetivos da pesquisa; procedimentos de coleta de dados; possíveis riscos, desconfortos, benefícios e confidencialidade da pesquisa. O respeito à individualidade e à privacidade foram

assegurados, assim como o sigilo dos nomes e dados que poderiam revelar a identidade dos participantes.^{46,47}

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, recebendo o número de parecer 3.274.392 e CAAE 08836919.7.0000.5020.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) aos participantes do estudo em duas vias, ambas assinadas pela pesquisadora responsável e pelos participantes. Uma via permaneceu com o entrevistado e a outra com a entrevistadora. Esse TCLE foi elaborado seguindo o modelo disponível no site da UFAM. A coleta de dados iniciou após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa apresentou riscos moderados, pois quando se pretende realizar uma entrevista estruturada, pode haver constrangimento, o participante poderia apresentar instabilidade emocional e sentir-se sem condições de continuar com a pesquisa. O paciente, também, poderia apresentar alergia aos materiais utilizados (caneta, régua e bolsa de colostomia). No entanto, nenhum participante apresentou reação adversa. Para os participantes que não receberam orientação para promover o autocuidado, mas que foram demarcados, os riscos em relação à pesquisa foram moderados, em relação à entrevista ou processo alérgico ao material usado. Já os participantes que receberam orientação para o autocuidado, mas que não foram demarcados, os riscos na pesquisa estavam relacionados com a entrevista. Caso o participante expressasse ou a pesquisadora observasse tais condições de adversidade aos participantes, a pesquisa seria suspensa imediatamente e a pesquisadora solicitaria apoio de outros profissionais da psicologia e da medicina da própria instituição, caso fosse necessário.

Foi esclarecido ao participante que sua colaboração com a pesquisa era voluntária, que não teria custo para ele e que o mesmo, também, não receberia dinheiro ou qualquer tipo de contribuição financeira. O participante desta pesquisa continuou tendo a assistência da equipe e, principalmente da enfermagem, porém, o voluntário, além de ter o atendimento da equipe, teve a avaliação da pesquisadora (enfermeira estomaterapeuta) em momentos do pré-operatório e pós-operatório.

Os benefícios da realização dessa pesquisa, estão relacionados com a importância do enfermeiro estomaterapeuta no cuidado direto ao paciente oncológico a ser submetido a estomia intestinal e acompanhamento em unidades de saúde, com o fito contribuir com a melhoria da qualidade de vida do paciente após a confecção de um estoma e, na efetividade do cuidado de enfermagem na demarcação do local de realização do estoma. Outros benefícios relacionados à reorganização dos serviços de saúde no planejamento e programação das políticas de saúde;

elaboração e publicações dos resultados do estudo em periódicos de circulação nacional e internacional, para dar publicidade e acesso à comunidade acadêmica.

5 RESULTADOS

Dos 22 pacientes pesquisados, 16 (72,7%) eram do sexo feminino e 6 (22,3%) do sexo masculino. Em relação a cor, a maioria eram pardas 13 (59,1%), seguido dos branca 4 (18,2%), preta 2 (9,1%) e amarela 1 (4,5%), 2 (9,1%) não informaram a cor. Para a variável estado civil, 7 (31,8%) pacientes informaram união estável, casados 5 (22,7%), solteiros 5 (22,7%), separados 3 (13,6%) e viúvos 2 (9,1%). A maioria dos pacientes tinham mais de 50 anos de idade, totalizando 13 indivíduos representando 59,1% da amostra, seguido por 4 (18,2%) pacientes de 30 a 39 anos, 3 (13,6%) de 20 a 29 anos de idade e 2 (9,1%) de 40 a 49 anos. Dos 22 pesquisados, 8 (36,4%) possuíam Ensino médio completo e 3 (13,6%) com Ensino médio incompleto, 3 (13,6%) Ensino fundamental completo e 3 (13,6%) com Ensino fundamental incompleto, 2 (9,1%) Ensino superior completo e 1 (4,5%) Ensino superior incompleto, e apenas 2 (9,1%) não possuíam escolaridade.

Com renda familiar mensal de até um salário mínimo foram entrevistados 12 (54,5%) pacientes, 3 (13,6%) pacientes com renda de 1 a 2 salários mínimo, 3 (13,6%) com mais de 2 salários mínimo e 4 (18,2%) informaram não possuir rendimento financeiro.

Em relação ao IMC, 10 (45,5%) pacientes que estavam com peso saudável, sobrepeso 6 (27,3%), obeso 4 (18,2%) e baixo peso 2 (9,1%). Todos os pacientes relataram ser não fumantes, porém 9 (40,9%) relataram ser ex-fumante contra 13 (59,1%) que relataram não serem ex-fumante.

Em relação a cirurgia prévia 13 (59,1%) já realizaram algum tipo de procedimento cirúrgico contra 9 (40,9%) nunca se submeteram a algum procedimento cirúrgico. Quanto aos dados da vida pregressa, o que mais se destacou foi a intervenção cirúrgica, que a maior parte dos participantes já tinham feito algum tipo de cirurgia. Também foi visto que as razões de chance de algum tipo de complicação ocorrerem nos pacientes não demarcado foram de aproximadamente 3x maior entre os pacientes não demarcado como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Razão de chances dos dados de vida pregressa, segundo a ocorrência de complicações (n = 22).

Dados relacionados a vida pregressa	Estoma apresentado			Complicações/alteração Estatísticas
	Não	Sim	Total	
Demarcado				
Não	0	11	11	p-valor = 0,004 OR = 2,750 IC95%: 1,258 - 6,010
Sim	7	4	11	
Total	7	17	22	
Sexo				
Feminino	5	11	16	p-valor = 1,000 OR = 0,909 IC95%: 0,123 - 6,715
Masculino	2	4	6	
Total	7	15	22	
Obesidade				
Não	5	13	18	p-valor = 0,565 OR = 0,385 IC95%: 0,042 - 3,523
Sim	2	2	4	
Total	7	15	22	
Ex-Tabagista				
Não	3	10	13	p-valor = 0,376 OR = 0,375 IC95%: 0,059 - 2,366
Sim	4	5	9	
Total	7	15	22	
Cirurgia prévia				
Não	3	6	9	p-valor = 1,000 OR = 1,125 IC95%: 0,183 - 6,935
Sim	4	9	13	
Total	7	15	22	

Teste Qui-quadrado de Pearson; OR = Razão de chances; IC = Intervalo de confiança de 95%. Complicação “edema” foi retirado para esta análise, pois todos os pacientes desenvolveram essa complicação. Fonte: Próprio autor, 2020.

Na inspeção da área abdominal, quanto à presença de alterações que podem dificultar a confecção do estoma e aderência da bolsa coletora, quando comparado o sexo do participante e a área do abdome encontram-se diferenças estatisticamente significativas, ou seja, há evidências que problemas na pele e no contorno são mais comuns no sexo feminino em relação ao sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2 - Inspeção da área do abdome por quantitativo de aspecto observado e por sexo (continua)

Inspeção da área do abdome	Sexo			Estatísticas
	Feminino (%)	Masculino (%)	Total	
Pele				
Hidratada	14 (60,9)	9 (39,1)	23	p-valor = 0,000
Ressecada	3 (100)	0 (0)	3	

Tabela 2 - Inspeção da área do abdome por quantitativo de aspecto observado e por sexo
(conclusão)

Inspeção da área do abdome	Sexo			Estatísticas
	Feminino (%)	Masculino (%)	Total	
Desidratada	8 (80)	2 (20)	10	p-valor = 0,000
Integra	6 (46,2)	7 (53,8)	13	
Lesionada	5 (100)	0 (0)	5	
Cicatriz	7 (63,6)	4 (36,4)	11	
Total	43 (66,2)	22 (33,8)	65	
Contorno				p-valor = 0,014
Plano	5 (62,5)	3 (37,5)	8	
Globoso	12 (66,7)	6 (33,3)	18	
Escavado	3 (42,9)	4 (57,1)	7	
Simétrico	8 (88,9)	1 (11,1)	9	
Assimétrico	1 (25)	3 (75)	4	
Com presença de hérnia	1 (50)	1 (50)	2	
Total	30 (62,5)	18 (37,5)	48	

Teste para comparação de duas proporções; Nível de significância de 5%; apenas proporções totais testadas.
Fonte: Próprio autor, 2020.

Em relação às cirurgias propostas para gerar algum tipo de estoma, apareceram a Ressecção Abdominoperineal com 9 (34,6 %), gerando 1(11,1%) ileostomia e 7 (77,8%) colostomias. Cirurgia para realizar colostomia inicialmente foram 5 (19,2%), Ressecção Anterior de Reto foram 4 (15,4%), gerando 1 ileostomia e 3 colostomias. Exenteração pélvica foram 2 (7,7%), dando origem a 1 colostomia úmida e a uma urostomia e mais uma colostomia. Hemicolectomia Esquerda 1(3,8%) gerando uma colostomia, revisão de colostomia e confeccionar outra colostomia 1(3,8%). Retossigmoidectomia 3 (11,5%) gerando somente 1 colostomia. Ressecção de tumoração retroperitoneal 1(3,8%), mas não gerou estoma. Dos 26 participantes, 4 (quatro) não tiveram confecção de estoma intestinal de eliminação, devido mudança no procedimento cirúrgico (Tabela 3).

Tabela 3 - Cirurgias propostas por estoma confeccionado

Cirurgias propostas	Estoma confeccionado (%)					Total (%)
	Ileostomia	Colostomia	Colostomia Úmida	Urostomia + Colostomia	Não gerou estoma	
Colostomia	-	5 (100,0)	-	-	-	5 (19,2)
Exenteração pélvica	-	-	1 (50,0)	1 (50,0)	-	2 (7,7)
Hemicolectomia esquerda	-	1 (100,0)	-	-	-	1 (3,8)
Ressecção de tumoração retroperitoneal	-	-	-	-	1 (100,0)	1 (3,8)
Retossigmoidectomia	-	1 (33,3)	-	-	2 (66,7)	3 (11,5)
Revisão de colostomia + colostomia	-	1 (100,0)	-	-	-	1 (3,8)
Ressecção anterior do reto	1 (25,0)	3 (75,0)	-	-	-	4 (15,4)
Ressecção abdominoperineal	1 (11,1)	7 (75,0)	-	-	1 (11,1)	9 (34,6)
Total	2 (7,7)	20 (76,9)	-	-	4 (15,4)	26 (100,0)

Fonte: Próprio autor, 2020.

Para os 22 participantes que geraram estoma, há evidências que o edema (100,0%) é a complicação que mais acomete todas pacientes (p-valor < 0,000), as outras complicações, na maioria dos casos, não ultrapassaram 32%, exceto a hiperemia/dermatite, complicação esta que se mostrou esporádica neste estudo (p-valor = 0,070) (Tabela 4).

Tabela 4 - Complicações/alterações observadas no estoma ou pele periestoma.

Complicações no estoma ou periestoma	(continua)				p-valor
	Sim	%	Não	%	
Sangramento	7	31,8	15	68,2	0,016
Isquemia	0	4,5	22	100	< 0,000
Necrose	0	0	22	100	< 0,000
Edema	22	100	0	0	< 0,000
Afundamento ou retração	5	22,7	17	77,3	0
Separação muco-cutânea	3	13,6	19	86,4	< 0,000

Tabela 4 - Complicações/alterações observadas no estoma ou pele periestoma.
(conclusão)

Complicações no estoma ou periestoma	Sim	%	Não	%	p-valor
Estenose	1	4,5	21	95,5	< 0,000
Extravasamento de efluente	7	31,8	15	68,2	0,016
Dispositivo não aderindo	7	31,8	15	68,2	0,016
Hiperemia/Dermatite	8	36,4	14	63,6	0,07
Dor ao redor do estoma	6	27,3	16	72,7	0,003
Maceração	3	13,6	19	86,4	< 0,000
Granuloma	3	13,6	19	86,4	< 0,000
Varizes	1	4,5	21	95,5	< 0,000
Prurido	3	13,6	19	86,4	< 0,000
Foliculite	2	9,1	20	90,9	< 0,000
Prolapso	1	4,5	21	95,5	< 0,000
Hérnia paraestomal	1	4,5	21	95,5	< 0,000

Teste para comparação de duas proporções; Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Dos 22 pacientes que geraram estoma, 11 foram demarcados e 11 não foram demarcados, comparando os tipos de complicações entre os grupos de demarcados e não demarcados, podemos afirmar que o sangramento (p-valor = 0,022) é estatisticamente diferente entre os dois grupos, ou seja, a complicação do tipo sangramento foi mais frequente em pacientes não demarcados (Tabela 5).

Tabela 5 - Complicações observadas no estoma ou pele periestoma por pacientes demarcados e não demarcados que geraram estoma.
(continua)

Complicações no estoma ou periestoma	Demarcados (n = 11)	%	Não demarcados (n = 11)	%	p-valor
Sangramento	1	9,1	6	54,5	0,022
Edema	11	100	11	100	1
Afundamento ou retração	1	9,1	4	36,4	0,127
Separação muco-cutânea	0	0	3	27,3	0,062
Estenose	0	0	1	9,1	0,306
Extravasamento de efluente	2	18,2	5	45,5	0,17
Dispositivo não aderindo	2	18,2	5	45,5	0,17
Hiperemia/Dermatite	3	27,3	5	45,5	0,375

Tabela 5 - Complicações observadas no estoma ou pele periestoma por pacientes demarcados e não demarcados que geraram estoma. (conclusão)

Complicações no estoma ou periestoma	Demarcados (n = 11)		Não demarcados (n = 11)		P-valor
		%		%	
Dor ao redor do estoma	2	18,2	4	36,4	0,338
Maceração	1	9,1	2	18,2	0,534
Granuloma	1	9,1	2	18,2	0,534
Varizes	1	9,1	0	0	0,306
Prurido	1	9,1	2	18,2	0,534
Foliculite	1	9,1	1	9,1	1
Prolapso	0	0	1	9,1	0,306
Hérnia paraestomal	0	0	1	9,1	0,306

Teste para comparação de duas proporções; Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Em relação a confecção do tipo de estoma, 12 foram temporárias e 10 definitivas. Destas, 2 (9,1) foram ileostomias, sendo 1 (uma) definitiva e (1) uma temporária; 20 (90,9%) foram confeccionados como colostomias, sendo 11 temporárias, 8 definitivas, 1 (4,5%) colostomia úmida e 1 (4,5%) urostomia + colostomia (Tabela 6).

Tabela 6 - Tipo de estoma confeccionado por permanência, Manaus, 2020

Estoma Confeccionado	Permanência		Total (%)
	Temporária	Definitiva	
Ileostomia	1	1	2 (9,1)
Colostomia	11	7	17 (77,3)
Colostomia úmida	0	1	1 (4,5)
Urostomia + Colostomia	0	1	1 (4,5)
Total	12	10	22 (100,0)

Fonte: Próprio autor, 2020.

No grupo dos 11 (onze) participantes que foram demarcados para confecção de estomias posteriormente, 72,7% dos estomas foram gerados pelos cirurgiões na primeira opção do local demarcado, 1 (9,1%) foi confeccionado na segunda opção, totalizando, assim, 81,8% dos estomas gerados em sítios da região abdominal previamente examinado e delimitado. Somente

2 (18,2%) foram confeccionados em locais diferentes aos delimitados anteriormente, isso ocorreu devido a condições do intraoperatório.

Na avaliação da ocorrência de complicação quanto à escolha do local estabelecido previamente, ao nível de 5%, o resultado mostra que não teve significância (Tabela 7). Foi retirado o edema, haja vista que este aparece como uma intercorrência em todos os participantes.

Tabela 7 - Complicações observadas no estoma ou periestoma por local demarcado por enfermeiro estomaterapeuta, Manaus, 2020.

Complicações	Local Demarcado				p-valor
	Sim	%	Não	%	
Sangramento	1	100	0	0	0,157
Afundamento ou retração	0	0	1	100	0,157
Extravasamento de efluente	1	50	1	50	1
Dispositivo não aderindo	1	50	1	50	1
Hiperemia/Dermatite	2	66,7	1	33,3	0,414
Dor ao redor do estoma	1	50	1	50	1
Maceração	0	0	1	100	0,157
Granuloma	1	100	0	0	0,157
Varizes	1	100	0	0	0,157
Prurido	1	100	0	0	0,157
Foliculite	0	0	1	100	0,157
Prolapso	0	0	1	100	0,157

Teste para comparação de duas proporções; Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Quanto à intervenção de orientação para o autocuidado ou não, em nível de 5% de significância, as orientações aos pacientes tiveram efeito, principalmente, na precaução sangramento (p-valor = 0,008) (Tabela 8). A complicação edema foi retirada.

Tabela 8 - Complicações observadas no estoma ou periestoma quanto a orientação ou não ao paciente por enfermeiro estomaterapeuta, Manaus, 2020. (continua)

Complicações	Orientado (n = 9)	%	Não orientado (n = 13)	%	p-valor
Sangramento	0	0	7	53,8	0,008
Afundamento ou retração	1	11,1	4	30,8	0,279
Separação muco-cutânea	2	22,2	1	7,7	0,329

Tabela 8 - Complicações observadas no estoma ou periestoma quanto a orientação ou não ao paciente por enfermeiro estomaterapeuta, Manaus, 2020. (conclusão)

Complicações	Orientado (n = 9)	%	Não orientado (n = 13)	%	p-valor
Estenose	0	0	1	7,7	0,394
Extravasamento de efluente	2	22,2	5	38,5	0,421
Dispositivo não aderindo	2	22,2	5	38,5	0,421
Hiperemia/Dermatite	4	44,4	4	30,8	0,512
Dor ao redor do estoma	1	11,1	5	38,5	0,157
Maceração	1	11,1	2	15,4	0,774
Granulona	1	11,1	2	15,4	0,774
Varizes	0	0	1	7,7	0,394
Prurido	1	11,1	2	15,4	0,774
Foliculite	1	11,1	1	7,7	0,784
Prolapso	1	11	0	0	0,219
Hérnia paraestomal	0	0	1	7,7	0,394

Teste para comparação de duas proporções; Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Em relação à complicação por tipo de estoma, em nível de 5% de significância, a hiperemia/dermatite tem diferença significativa (p-valor = 0,050), estando relacionado à ileostomia, o que traduz que se o maior número de estoma confeccionado fosse ileostomia, esta apresentaria mais complicações do tipo hiperemia e dermatite do que a colostomia (Tabela 9).

Tabela 9 - Complicações observadas no estoma ou periestoma por tipo de estoma confeccionado, Manaus, 2020. (continua)

Complicações no estoma ou periestoma	Ileostomia (n = 2)	%	Colostomia (n = 20)	%	p-valor
Sangramento	0	0	7	35	0,31
Edema	2	100	20	100	-
Afundamento ou retração	0	0	5	25	0,421
Separação muco-cutânea	0	0	3	15	0,556
Estenose	0	0	1	5	0,746
Extravasamento de efluente	1	50	6	30	0,563
Dispositivo não aderindo	1	50	6	30	0,563
Hiperemia/Dermatite	2	100	6	30	0,05

Tabela 9 - Complicações observadas no estoma ou periestoma por tipo de estoma confeccionado, Manaus, 2020. (conclusão)

Complicações no estoma ou periestoma	Ileostomia (n = 2)	%	Colostomia (n = 20)	%	p-valor
Hiperemia/Dermatite	2	100	6	30	0,05
Dor ao redor do estoma	1	50	5	25	0,449
Maceração	0	0	3	15	0,556
Granuloma	0	0	3	15	0,556
Varizes	0	0	1	5	0,746
Prurido	1	50	2	10	0,116
Foliculite	0	0	2	10	0,639
Prolapso	0	0	1	5	0,746
Hérnia paraestomal	0	0	1	5	0,746

Teste de Igualdade de duas Proporções; Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Identificação do local de demarcação de estomas intestinais de eliminação realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção do estoma pelo cirurgião.

A figura 6 mostra as alterações encontradas nas mulheres do estudo, quanto a área abdominal.

Figura 6 - Pacientes idosas com flacidez acentuada e concentração de gordura abdominal.



Fonte: Próprio autor, 2020.

As figuras de 7 a 12 se referem às complicações que alguns pacientes apresentaram como sangramento, dificuldade de na aderência da placa da bolsa coletora e assim causando o extravasamento, hérnia paraestomal e prolapso, separação muco cutânea e retração do estoma, granuloma e maceração periestoma.

Figura 7 - Estoma apresentando sangramento



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 8 - Paciente apresentando dificuldade na aderência da bolsa coletora e com extravasamento de fezes



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 9 - Pacientes com hérnia paraestomal e prolapso



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 10 - Estoma com separação muco cutânea e retração



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 11 - Estoma apresentando granuloma



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 12 - Pele periestoma com maceração



Fonte: Próprio autor, 2020.

Os participantes do grupo de demarcação foram avaliados nas três posições. As figuras a seguir se referem à demarcação e avaliação nas três posições, paciente do sexo masculino antes de fazer o RAP e depois da cirurgia com uma ileostomia e paciente do sexo feminino demarcada antes de fazer exenteração pélvica e depois da cirurgia com dois estomas.

Figura 13 - Paciente avaliada nas três posições, demarcada e com bolsa de Karaya



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 14 - Paciente demarcado e com ileostomia após RAP



Fonte: Próprio autor, 2020.

Figura 15 - Paciente demarcada e com colostomia e urostomia após exenteração pélvica



Fonte: Próprio autor, 2020.

A figura 16 mostra um paciente com uma ileostomia, apresentando área periestoma hiperemiada e com dermatite.

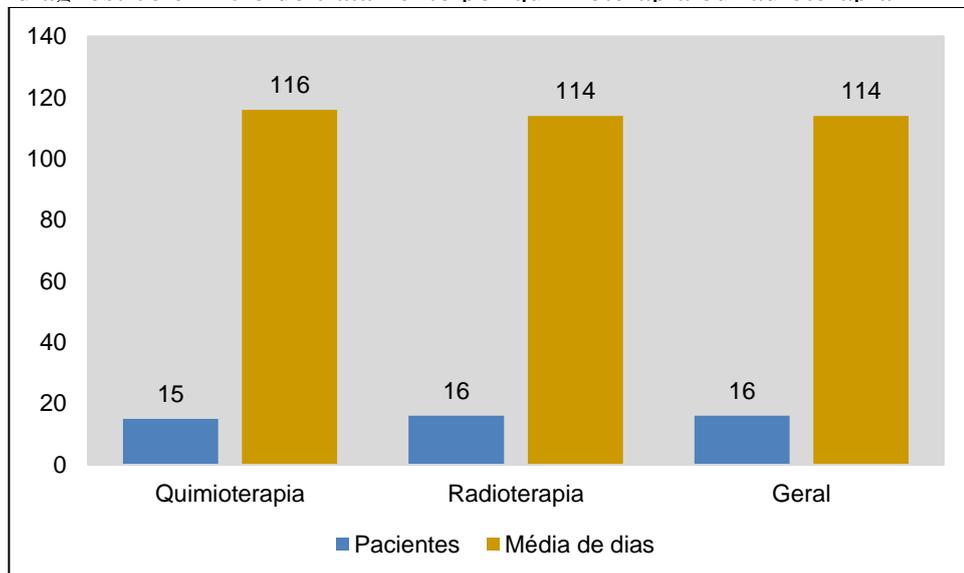
Figura 16 - Pele periestoma com hiperemia e dermatite



Fonte: Próprio autor, 2020.

Em relação ao tempo entre a data do diagnóstico e a data do início do tratamento por quimioterapia ou radioterapia neoadjuvante, os pacientes levavam em média 114 dias com desvio-padrão de 141 dias, sendo o menor intervalo de 31 dias e o maior 570 dias (Figura 17).

Figura 17 - Gráfico do número de pacientes e média de dias entre o diagnóstico e início do tratamento por quimioterapia ou radioterapia



Fonte: Próprio autor, 2020.

6 DISCUSSÃO

Os dados apontaram que o processo de avaliação e demarcação da área abdominal em paciente com doença oncológica pelo enfermeiro estomaterapeuta é efetivo para evitar e

minimizar a manifestação de complicação em estomias e ou pele periestoma, assim como é eficaz a intervenção do enfermeiro por meio da orientação para o autocuidado.

Ainda os dados mostraram que, que essas intervenções são componentes fundamentais para que o paciente estomizado obtenha sucesso na sua recuperação e adequação diária, após a confecção do estoma. Porém, o estudo e delimitação prévia da topografia abdominal e definição do sítio para a confecção do estoma, mostrou-se mais eficiente inicialmente em relação à simples orientação para o autocuidado. Foi revelada eficácia na demarcação prévia do estoma intestinal de eliminação, com benefícios aos pacientes com câncer e ao profissional cirurgião durante o ato cirúrgico. Alguns pacientes apresentaram complicações nos estomas intestinais, como edema, hiperemia, dermatite e sangramento como mais prevalentes. E dentre as estomias intestinais, as ileostomias foram mais propícias a manifestarem complicações em especial dermatite e hiperemia.

No estudo, destacaram-se as pessoas com idade mais avançada, já se aproximando do grupo da terceira idade. Esses dados são condizentes com os achados em outros estudos, que avaliaram pessoas com estomas intestinais de eliminação. Neste estudo, esse fato chama a atenção e também causa preocupação, haja vista que as pessoas de idade mais elevada apresentam limitações não só pelo acometimento patológico, mas pelo próprio estado fisiológico e neurológico que o tempo de vida traz, o que gera um agravamento do problema, pois dificulta as pessoas idosas assimilarem as orientações, aumentando as dificuldades para o autocuidado, ficando este cuidado com o estoma, muitas vezes, a cargo dos familiares ou de terceiros. Há de se ressaltar que o passar do tempo proporciona experiências de vida, mas também, déficit para adquirir novos conhecimentos.^{48, 49, 50}

Em relação à escolaridade, juntamente com a renda familiar, ambos têm níveis baixos, ou seja, pessoas que estudaram até o ensino médio e aquelas com renda variando entre dois salários mínimos sobressaem em relação as demais. O nível escolar indica interferência no nível salarial, quanto menor a escolaridade e o nível de instrução das pessoas, mais propícias estas estão a adquirirem menores salários. O estudo mostra, também, que essas pessoas são acometidas e sofrem com doenças de forma cronicada. Ainda se destacaram as pessoas pardas e aquelas que vivem em união estável. Esses dados sociais do estudo são similares aos encontrados em estudos realizados por outros autores.^{50,51, 48, 52}

Ao que se refere ao sexo, as pessoas submetidas à confecção do estoma intestinal e acometidas por câncer, em sua maioria, foram as mulheres, ressaltando-se que a população feminina sofre mais alteração e trauma corporal se comparado ao sexo masculino. A doença oncológica traz grandes danos e deformidades na imagem corporal aos pacientes por ela

acometida. Nos estudos realizados por Neto *et al.*⁵³ e Selau *et al.*⁵⁴, a maioria dos participantes estomizados também eram mulheres, resultados que vão ao encontro dos achados deste estudo. Porém, outras pesquisas já realizadas no Brasil, envolvendo pacientes estomizados, o que se destaca é o sexo masculino, como por exemplo, as pesquisas realizadas por Moraes *et al.*⁵¹, Barros, Borges e Oliveira⁵², Aguiar *et al.*⁴⁸ Nestas pesquisas, o sexo masculino aparece em maior número e tendo como causar principal da confecção de estoma intestinal de eliminação as neoplasias. Neste estudo, os tipos de cânceres que levaram essas mulheres terem estomia foram: câncer de colo uterino e câncer de colón e reto.

Ainda se tratando do sexo feminino, este apresentou mais alteração na pele e contorno abdominal e se mostrou mais susceptível para desencadear alguma complicação no estoma ou na pele periestoma. A mulher em relação ao homem passa por maiores modificações corporais ao longo dos anos, isso pode se dar pelo próprio processo hormonal vivenciado pelo sexo feminino, modificações pela gravidez, perda ou ganho de peso que podem gerar as dobras cutâneas e também pelas alterações corporais favorecidas pelas próprias curvaturas femininas que são mais acentuadas na mulher ao contrário do homem. Em uma revisão, Pinto *et al.*⁵⁵ mencionam que a prevalência de complicações nas mulheres estomizadas está relacionada a fraqueza muscular abdominal e que se intensifica com a presença de obesidade.

Algumas pacientes apresentavam topografia abdominal bem comprometida por cicatrizes, grande concentração de gordura abdominal, flacidez acentuada, com excesso de dobras cutâneas e mamas pêndulas. Essas alterações se tornam um desafio para o enfermeiro estomaterapeuta demarcar a área abdominal e mais desafiador ainda, para o cirurgião no momento da cirurgia, que não tem como mensurar essas alterações devido à posição cirúrgica. Segundo Panazzolo *et al.*⁵⁶, os sexos feminino e masculino apresentam diferenças na composição corporal, tanto em termos quantitativos como na distribuição topográfica. No homem, ocorre maior acúmulo de gordura intra-abdominal e em contrapartida, a mulher concentra mais tecido adiposo na região gluteofemoral.

A vida pregressa dos participantes mostrou destaque e relevância no estudo. Constatou-se que a maioria dos participantes já tinham sido submetidos a algum tipo de cirurgia, antes do procedimento atual proposto pela oncologia, assim como o hábito de fumar e o excesso do peso foram evidentes e sendo grandes fatores predeterminantes para o paciente apresentar algum tipo de complicação na estomia. Passar por cirurgia é uma constante entre a população, seja por doenças, acidentes, estética e ou pela própria condição patológica, como é o caso da oncologia.

No tratamento oncológico é frequente que o mesmo paciente passe por mais de uma intervenção cirúrgica com a finalidade de melhorar o seu quadro, como é o caso das cirurgias

para confecção de uma estomia inicialmente, na qual o estoma é realizado como uma ação mediadora de uma complicação, para posteriormente indicar a cirúrgica específica. Consoante Covre *et al.*⁵⁷ e Rose *et al.*⁵⁸, ao longo dos anos, no Brasil se houve um aumento significativo de internações com finalidade cirúrgica e juntamente um índice elevado de mortalidade, chegando a uma média de 4.173.976 mil cirurgias anualmente. A estimativa de procedimento cirúrgico no mundo é grande e abrange um amplo espectro de doenças. Mas essa demanda é variável entre as regiões do mundo, pois depende de como cada país atende a necessidade da sua população.

Já no caso do tabagismo e da obesidade, alguns estudos mostram que o hábito de fumar pode ser um fator de risco para o desencadeamento de alguns tipos de câncer, como o câncer de pulmão, câncer de cabeça e pescoço, estômago, colo uterino e colorretal. Além da oncogênese, ele também interfere de forma negativa no processo de cicatrização, exacerba a fase inflamatória e retarda fechamento da cirurgia, assim como o excesso de peso. Nesse sentido, estudos envolvendo pacientes colostomizados, também, identificam que o índice de massa corporal acima do desejável, independentemente de outros fatores, é um fator de risco para causar complicações no estoma ou pele perístoma. E se associado a outros como dificuldades intraoperatórias, potencializa a ocorrência de agravos no estoma posteriormente.^{59,55}

Avaliou-se o tempo de espera para o paciente iniciar algum tipo de tratamento para o câncer após o diagnóstico. Foi visto que o tempo que o paciente recebe o diagnóstico de câncer e o que ele leva para iniciar tratamento foi em média de 124 dias e iniciando o tratamento, geralmente, como neoadjuvante (quimioterapia e ou radioterapia). É um período de espera considerado longo para o tipo de doença como câncer, que a cada tempo transcorrido, ele cresce e aumenta sua possibilidade de disseminação. Este resultado, diverge dos analisados por Medeiros *et al.*⁶⁰ e Pozsgai *et al.*⁶¹, no qual esse intervalo de tempo foi menor levando em média de 60 a 67 dias de espera para começar o tratamento.

Para a confecção dos estomas intestinais de eliminação, foram propostas algumas modalidades cirúrgicas, as quais têm como resultado final, além da dissecação tumoral, as estomias intestinais sendo elas definitivas ou não, urinária e ou de evacuação. Esses dados são semelhantes aos analisados por Costa *et al.*⁶², evidenciando pacientes que foram submetidos às cirurgias de Ressecção Anterior de Reto (RAR) e Ressecção Abdominoperineal (RAP), destacaram-se a relacionadas à RAP. Nesse tipo de cirurgia ocorre a remoção em bloco da lesão tumoral do reto com a retirada da cadeia linfática⁶³, ocorrendo, ainda, a excisão total do reto e ânus - mesorreto, gerando a impossibilidade de preservação dos esfíncteres anais, o que resulta

em uma estomia permanente. Sendo indicado para as neoplasias de terço médio e inferior do reto. Essa abordagem cirúrgica radical do reto, ainda é o melhor tratamento com vista curativa para o câncer retal.^{64, 65}

Nessa investigação, também tiveram as propostas cirúrgicas somente para confecção de colostomias inicialmente. As cirurgias para confecção de um estoma intestinal inicialmente, ocorrem com muita frequência na oncologia como forma de desviar o trânsito intestinal devido à dificuldade para eliminar a evacuação que alguns pacientes podem apresentar mediante a compressão e obstrução do intestino, causado pela lesão tumoral dependendo da localização e tamanho da lesão e também por conta de sangramento intenso que muitos apresentam, neste caso, formava-se uma colostomia temporária com o intuito de trazer uma melhora no quadro do paciente até a próxima intervenção cirúrgica, caso o paciente indicação e condição. Robert⁶⁶, diz que a obstrução maligna intestinal é um problema comum em paciente com doença oncológica avançada, especialmente nos casos de câncer colorretal, uterino e ovariano. A formação de um estoma e ou colocação de stent, tanto de forma eletiva ou em situação de urgência, pode ser uma alternativa válida para alguns pacientes, após a cirurgia há uma redução da mortalidade, comparando-se aos pacientes que não geram estoma nessa situação e a qualidade de vida dos pacientes pode melhorar significativamente.⁶⁷

A Ressecção Anterior de Reto e a exenteração pélvica apareceram no estudo como intervenção cirúrgica que geraram estomia. Esta última deu origem os estomas intestinais urinários e fecais também e ou a colostomia úmida. A RAR é indicada para os tumores retais localizados no terço superior do reto. Nessa técnica, tem-se a retirada parcial do mesorreto, tendo a preservação da inervação pélvica e esfíncteres anais, havendo a possibilidade de reconstrução de trânsito intestinal posteriormente.⁶⁵ Já as exenterações pélvicas, geralmente geram estomas permanentes, que foi o caso da colostomia úmida e da urostomia. A cirurgia ocorreu em pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino em estágio avançado, ambas foram avaliadas e demarcadas. Esse procedimento cirúrgico é considerado como radical e indicado para pacientes com neoplasias pélvicas malignas.

Na ginecologia é oportunizado às mulheres com certos tipos de câncer ginecológicos avançados, recidivantes ou aqueles que persistem após tratamento radioquimioterápico, podendo ser indicado com intenção curativa ou paliativa. É retirado o útero, anexos, e vagina, quando presentes e em conjunto ocorre a retirada do retossigmoide ou da bexiga e, dependendo da localização do tumor, faz-se necessário a amputação anorretal ou até mesmo uma vulvectomia, sendo necessário algumas vezes, a reconstrução do trânsito intestinal e urinário mediante um estoma permanente.^{68, 69}

No tocante as cirurgias propostas e realizadas e respondendo ao objetivo de identificar os tipos de estomas mais confeccionados nos pacientes acometidos por doenças oncológicas, neste estudo, evidenciaram-se as colostomias e posteriormente, as ileostomia, seguidas das colostomias úmidas e uma urostomia. O achado deste estudo vai ao encontro aos dados observados em outros estudos que ressaltam a predominância da colostomia versus a ileostomia.^{51,62,70,71} Essa prevalência e preferência do cirurgião em optar por confeccionar colostomia ao invés de ileostomia, justifica-se pela relação com a patologia e sua extensão e às comorbidades que podem advir após a cirurgia ao paciente com ileostomia, incluindo prejuízo nutricional.

Em relação à identificação, se a permanência do estoma se sobressaíram os estomas temporários e em especial as colostomias, os resultados dessa pesquisa culminam com outros estudos realizados que também avaliaram somente pacientes estomizados acometidos por câncer, nos quais se destacaram as colostomias com preservação do esfíncter anal, ou seja, temporário.^{71,62} No estoma temporário, existe uma possibilidade de uma possível reconstrução do trânsito intestinal, através da anastomose das partes intestinais remanescentes. Já em outros estudos, que avaliavam patologias diversas se destacaram os estomas intestinais definitivos. Em caso de estomias definitivas, o paciente perde a possibilidade de fazer uma reconstrução de trânsito ou anastomose de colón retal, restando ao paciente permanecer com este tipo de estomia por toda vida, necessitando se adequar e ajustar sua vida diária permanentemente.^{72,73}

Analisando o quantitativo de estomias temporárias versus às definitivas, não houve uma disparidade tão elevada entre a confecção desses estomas. Ainda se ressalta que alguns estomas intestinais inicialmente programados para serem temporários no paciente oncológico, futuramente podem se tornar permanentes devido à recidiva da doença, além do mais, alguns estomas são realizados inicialmente como uma intervenção prévia devido à obstrução intestinal ou sangramento excessivo, para, posteriormente, programar melhor a intervenção cirúrgica específica, como ocorreu em alguns casos nesta pesquisa.⁷⁴

Quanto à ocorrência de complicação por tipo de estomas intestinais entre a colostomia e ileostomia; as ileostomias se mostram mais propícias para apresentar complicações, em relação as colostomias, mas ao que se refere à pele e periestoma e em especial hiperemia e dermatite. No estudo de revisão proposto por Ambe *et al.*⁷⁴ e, no estudo retrospectivo conduzido por Stegensek-Mejía *et al.*⁷⁵, também foi observado que esse tipo de estoma que está mais vulnerável a apresentar complicações e em particular essas, mas também observou no seu estudo estenose, prolapso e retração. Apesar de terem sido poucas neste estudo, apresentaram

maior possibilidade de manifestar complicação em especial a hiperemia, dermatite, assim como a não aderência do dispositivo e extravasamento do efluente. Outra situação avaliada em uma meta-análise, é que os pacientes com ileostomias estão mais susceptíveis a apresentarem altos débitos de influentes se comparados aqueles que são colostomizados.⁷⁶ Os dois pacientes que tiveram ileostomia foram demarcados previamente, após a cirurgia não apresentaram dificuldade na aderência da bolsa e nem dermatites, mas após a alta hospitalar em suas residências apresentaram tais complicações, mas que logo foram resolvidas com as orientações para cuidado com o estoma. É no intestino delgado que ocorre grande parte de absorção dos nutrientes e minerais dos alimentos e as fezes em geral são mais líquidas e menos fétidas e são liberadas em maior frequência, e ainda se concentra ali nessa porção do intestino, uma quantidade de enzimas essenciais para a degradação dos alimentos. Então, o paciente com ileostomia além da hiperemia e dermatite irritativa, apresenta risco elevado de desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico, principalmente, nos primeiros dias de pós-operatório devido ao alto débito intestinal que pode apresentar.^{74,76}

As colostomias neste estudo não se apresentaram livres de complicações, porém os participantes manifestaram outros agravos, além da não aderência do dispositivo e extravasamento de efluentes, hiperemia e dermatite, foram manifestados nas colostomias prolapso, hérnia paraestomal, retração e separação muco cutânea entre outras. Nos estudos de Ambe *et al.*⁷⁴ e Gavriilidis⁷⁶ em conjunto com outros autores, também evidenciam os estomas do intestino grosso relacionados a tais complicações e em especial ao prolapso e hérnia paraestomal. Ainda relatam que nas colostomias a alteração fisiológica depende da porção intestinal afetada. O material excretado possui uma consistência mais firme sua eliminação é menos frequente, contudo, o odor é mais fétido devido à presença de bactérias no intestino grosso.

Quanto a presença de complicação nos pacientes demarcados e aqueles não demarcados, com e sem orientação para o autocuidado com a estomia pelo enfermeiro estomaterapeuta, os resultados mostram que as complicações foram manifestadas em maior proporção nos participantes pertencentes ao grupo daqueles não demarcados previamente à cirurgia, havendo, também, diferença entre os pacientes que receberam orientação para o autocuidado e aqueles que não receberam. Estes últimos manifestaram mais complicações se comparado ao outro grupo, alguns apresentando até mais de duas complicações concomitantemente e outras possibilitaram a manifestação de outras complicações. Os achados neste estudo corroboram ao que foi observado por Stegensek-Mejía *et al.*⁷⁵ em um estudo retrospectivo, onde aqueles os participantes não tiveram o manejo da demarcação previa da área abdominal expressaram mais

complicação. Essa intervenção pela enfermagem se faz necessária, uma vez que contribui para redução das complicações e do agravamento do estoma e da pele circunjacente dos pacientes com doença oncológicas. As cirurgias na oncologia em sua maioria são eletivas, ou seja, programada, sendo possível então, implementar nas unidades de saúde como rotina e obrigatória a avaliação e a demarcação do sítio do estoma intestinal de eliminação previamente a cirurgia.

Alguns autores Nascimento⁵⁰ e Stegensek-Mejía *et al.*⁷⁵ relatam que o processo de demarcação do estoma de forma eletiva no pré-operatório constitui um procedimento de fundamental importância devendo ser realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta. É uma prática que reflete diretamente na qualidade de vida do cliente no pós-operatório). Já a orientação para o autocuidado notadamente, mostra-se como benéfico ao paciente estomizado, mas não tão efetiva se for realizada de forma isolada. Como visto em outro estudo⁷⁷, as orientações podem ser insuficientes para algumas situações vivenciadas pelo paciente estomizado e requer um tempo para adaptação para surgir efeitos positivos. Experiência como esta foi vivenciada e apresentada por alguns participantes; quando se viram sozinhos para lidar com o estoma e a bolsa coletora e sem o profissional por perto, tiveram dificuldade e medo. E para alguns, os familiares que assumiam esse cuidado e também com muito receio. Devido ao medo e dificuldade de lidar com o estoma, a orientação para muitos se direcionava ao próprio paciente, mas com o familiar por perto, pois quem executava era o familiar e outros ainda assim não sentiam confiança nem na própria família para realizar o cuidado e pagava um profissional de saúde. Mas conforme o tempo passava e as orientações se intensificavam, alguns se sentiram mais confiantes e passaram a lidar melhor com o estoma. Para Mota *et al.*⁷⁸, o autocuidado se estabelece nas condicionantes relacionadas à pessoa, orientando-a no pré-operatório sobre o cuidado e a transformação no modo de viver, prepara-a para o que virá após a cirurgia.

Neste estudo, os participantes foram avaliados nas três posições (em pé, sentado e deitado), observando as alterações da topografia abdominal e buscando o sítio mais adequado para gerar o estoma, sempre procurando manter uma distância de 4 a 5 cm dos acidentes anatômicos e das alterações abdominais. Colocava-se a bolsa aderida na primeira área demarcada e assim demarcava uma segunda opção para caso fosse gerado um segundo estoma. E também para o paciente se familiarizar, garantindo uma distância da cicatriz umbilical e posteriormente cicatriz cirúrgica. Quanto as complicações manifestadas nas estomias dos participantes, houve destaque para o edema, a hiperemia e a dermatite; não aderência do dispositivo e extravasamento de efluente; dor ao redor do estoma; afundamento ou retração do estoma, separação muco cutânea e outras complicações. O edema foi observado em todos os

participantes, incluindo aqueles do grupo de demarcados e que receberam orientação. Neste estudo, esse o edema apareceu como uma alteração fisiológica e não como uma complicação nas estomias e que regride espontaneamente. Após o ato cirúrgico, o estoma se apresentava volumoso, com medidas mais elevadas na régua de mensuração e no tamanho do corte da bolsa (diâmetro em mm) e conforme transcorria o tempo operatório se observa uma redução gradual no volume e numeração do estoma (diâmetro) até atingir um tamanho estável.

Segundo Borges e Medeiros⁷⁹, esse edema presente no estoma, após sua confecção é um processo fisiológico do trauma cirúrgico e da movimentação das alças intestinais que tende de regredir espontaneamente. Para que seja entendido como uma complicação, deve ocorrer no estoma uma mudança no tamanho e diâmetro ou seja, o estoma deve aumentar de volume. Vendo outros estudos o edema aparece esporadicamente como complicação se comparado a outras, como é visto nos estudos de Moraes *et al.*⁵¹ e Costa *et al.*⁶², que avaliam complicações em pacientes com estomas intestinais.

Quanto as complicações de pele e pele periestoma, destacaram-se a hiperemia e a dermatite, como também foram observadas nas pesquisas de Moreira *et al.*⁸⁰, Stegensek-Mejía *et al.*⁷⁵, Dantas *et al.*⁸¹ e Costa *et al.*⁶². Neste estudo, todos os pacientes ileostomizados apresentaram hiperemia e dermatite, mas os pacientes colostomizados também não ficaram isentos. Mas se comparado entre os grupos foram relativamente mais presenciadas por aqueles não demarcados. Estas complicações se manifestam geralmente pela dificuldade de aderência do dispositivo e pelo extravasamento do efluente e também por trauma no momento da troca

Observou-se a respeito dos materiais que eram dispensados em larga escala aos pacientes como forma de evitar a manifestação dessas complicações, independentemente de suas condições, eles faziam uso de protetores cutâneos de barreira, indiferentemente de ser um paciente com colostomia ou ileostomia, apresentando ou não alguma alteração na pele. Nos encontros com os pacientes em suas residências, foi observado que após suas idas às consultas ambulatoriais do Programa de Atenção aos Pacientes Estomizados do Estado do Amazonas, eles adquiriam além das bolsas coletoras, os adjuvantes como pastas, pós e cremes para usarem concomitantemente, além de cinto para quem estava com retração.

O uso dos protetores de barreira, resulta em benefícios aos pacientes estomizados uma vez que facilita o manejo com as bolsas e reduz as lesões e complicações no estoma e na pele periestoma, principalmente naqueles que não foram demarcados.⁸² Mas, por outro lado, essa disponibilidade aleatória desses insumos pode elevar os gastos públicos. Como já foi visto, uso dos adjuvantes tem uma relação direta com o custo mensal de uma instituição que atende pacientes estomizados.⁸³

O extravasamento, assim como, o déficit na aderência da bolsa da Karaya, também, aparece entre as complicações, como também foram citadas nos estudos de Feitosa *et al.*⁸⁴ e Moraes *et al.*⁵¹. Apesar de terem sido mais frequentes nos pacientes não demarcados, também se manifestaram naqueles demarcados que foram os ileostomizados. Essas dificuldades foram observadas logo nos primeiros dias do pós-operatório nos participantes do grupo não demarcados, ainda quando estes estavam internados. Já nos pacientes demarcados somente dois apresentaram, aqueles que foram submetidos à confecção de ileostomia e manifestando as complicações nas suas residências.

Em suas casas, os pacientes tiveram dificuldades para cortar a base da bolsa no diâmetro proporcional ao tamanho do estoma, deixando a pele em contato com as excreções, causando extravasamento, hiperemia e dermatite, mas que foi reparado com orientação e uso de protetor de barreira. Já os pacientes não demarcados que apresentaram dificuldade na aderência da bolsa e extravasamento logo após a confecção do estoma, levaram mais tempo para resolução do problema, que estava relacionado à posição da confecção do estoma e não só na dificuldade de lidar com a estomia ou equipamento. Essas complicações se apresentavam logo após a cirurgia nesse grupo de pacientes, que faziam uso de gaze, esparadrapo e pastas na tentativa de evitar o extravasamento. Os problemas envolvendo os equipamentos estão relacionados ao fato da característica individual do paciente, da qualidade do equipamento, no conhecimento do usuário com o manejo da bolsa coletora e principalmente na escolha da área para a confecção do estoma. A atuação do enfermeiro estomaterapeuta na demarcação da área abdominal, assim como uma orientação contínua para o autocuidado é o marco da assistência integral pela equipe multidisciplinar, reduzindo assim tais inconvenientes e complicações ao cliente.⁸⁴

O sangramento se manifestou como complicação e sendo mais expressiva nos pacientes do grupo não demarcado e não orientado. O sangramento nos estomas também é observado por outros autores como Dantas *et al.*⁸¹ e González *et al.*⁸⁵, este último aborda um sangramento mais ativo, que seria a hemorragia propriamente dita. Embora esse evento seja considerado como uma ocorrência precoce, sendo relacionada à técnica cirurgia, localização do estoma, assim como o cuidado com esse estoma, na avaliação dos voluntários desta pesquisa, se observava que dias após a cirurgia alguns estomas se mostravam mais friáveis em relação aos outros, principalmente aqueles que apresentavam granuloma, descolamento muco cutâneo, processo inflamatório significativo e retração, mas aqueles que não apresentavam tais alterações, também apresentavam sendo que de forma mais discreta, incluindo os de colostomia úmida e urostomia. Os próprios participantes relatavam sangramento, principalmente no momento da higienização do estoma.

As complicações como prolapso, hérnia paraestomal e estenose, manifestaram-se com pouca frequência, ou seja, ocorrendo de forma esporádica, sendo que o prolapso e a hérnia ocorreram nos pacientes do grupo não demarcado e que tiveram a confecção de colostomia. Mas em outros estudos com pacientes estomizados, essas complicações estiveram em números mais expressivos como na pesquisa realizada por Dantas *et al.*⁸¹ e Gavriilidis, Azoulay, Taflampas⁷⁶, perdendo para a dermatite e a hiperemia e se sobrepondo naqueles que foram submetidos à colostomia. Em geral, essas complicações também se correlacionam com as características individuais do paciente, o esforço físico, localização do estoma e excesso de peso e aparecem como complicações tardias. Nos participantes do estudo em especial o prolapso e a hernia paraestomal, manifestaram-se quando os pacientes estavam próximos a completar dois meses de pós-operatório, sendo que a estenose se manifestou logo nas primeiras semanas do pós-operatório e em particular em uma participante de foi avaliada e demarcada previamente, porém não orientada para o cuidado com o estoma. Vale ressaltar que a paciente que apresentou estenose já tinha o funcionamento intestinal lentificado e tivera dificuldade na evacuação desde o início do pós-operatório, sendo necessário fazer irrigação algumas vezes para eliminar as fezes.

Nas análises dos pacientes colostomizados, para avaliar a relação da localização do estoma quanto sua posição lateral ou transversa, a maioria apresentou a hérnia paraestomal como uma complicação primária e o prolapso como uma causa secundária da hérnia e nas colostomias essas complicações se manifestam em maior proporção em relação à ileostomia 82% e 76% respectivamente e em pacientes não demarcados.^{86,76}

Nesta pesquisa, evidenciou-se a separação muco cutânea e a retração como complicações nos pacientes oncológicos e estomizados, embora não tenham sido em um número alarmante, mas se manifestaram em pacientes que não foram demarcados e naqueles que tiveram ou não orientação para os cuidados com o estoma, em especial a retração do estoma em participantes não demarcados e não orientados. Esses resultados são semelhantes aos observados por Salomé *et al.*⁸⁷ e González *et al.*⁸⁵. Geralmente, a separação muco cutânea é uma complicação que aparece nas primeiras semanas do pós-operatório, podendo ser total ou parcial. No caso dos pacientes analisados, estes tiveram uma separação muco cutânea parcial.

Uma paciente apresentou as duas complicações em momentos diferentes, iniciando a separação muco cutânea e evoluindo posteriormente para retração do estoma. Chama-se a atenção para o cuidado de enfermagem nessas anormalidades, que se faz primordial para que as alterações não agravem, limpando bem a área, utilizando protetores ou barreiras cutâneas, assim como, o uso de bolsas de duas peças é medida chave para contenção da separação muco

cutânea. Quanto à retração, esse cuidado deve ser mais perseverante na vigília, quanto na recuperação do estoma. Utilizando bolsas apropriadas, anéis, cintas ou cintos adequados há grande possibilidade de reverter o quadro sem precisar de intervenção cirúrgica.⁸⁸

Nos pacientes estudados, o granuloma, a foliculite e a maceração ao redor do estoma foram observados de forma discreta. A presença de granulomas nos estomas também é citada por Salomé *et al.*⁸⁷ e González *et al.*⁸⁵, com a presença do granuloma se observava que o estoma se mostrava mais friável e sangrando na manipulação. O aparecimento do granuloma no estoma está relacionado com o uso dos equipamentos, qualidade do fio de sutura e lesões podendo desencadear um processo inflamatório significativo e umidade. Uma paciente em espacial apresentou um intenso processo inflamatório no estoma e área periestoma, maceração na pele periestoma e granuloma.

A maceração e a foliculite observadas como complicações neste estudo não são resultados explorados com frequência em outras pesquisas se comparadas as outras complicações já descritas. Em uma revisão, Nunes e Santos⁸⁹ citam-nas numa ferramenta criada para ser usadas por enfermeiros não especializados. A foliculite foi nesta pesquisa observada no sexo masculino em dois participantes tanto demarcado como no do outro grupo, orientado e não orientado para o cuidado com o estoma. E em particularmente, em uma área de grande concentração de pelo. Para pacientes que têm área abdominal com excesso de pelo, o indicado é que faça aparado dos mesmos com tesoura ou tricotomizador e não depile o local com lâminas, isso facilita a aderência da placa da bolsa coletora e evita a foliculite.² Já a maceração, localizava-se nas bordas e ocorre junção do estoma com a pele, e na pele periestoma, dando um aspecto esbranquiçado e descamativo nos estomas que faziam processo inflamatório exacerbado, incluindo presença de exsudato significativo e granuloma. Mas também, foi percebida naqueles estomas que aparentemente não tinham grande processo inflamatório, mas que posteriormente apresentava granuloma. Geralmente, o processo de maceração acontece devido ao excesso de umidade em uma lesão tissular. É um acontecimento comum encontrado em feridas crônicas e muito exsudativas, também esse excesso de umidade no estoma pode estar relacionado com o produto da base da bolsa de Karaya que deve possibilitar uma transpiração excessiva.

Assim como a maceração e a foliculite, as complicações como a dor e o prurido também foram achados poucos comuns em estudos que trabalham com estomas intestinais. Os participantes relatavam que sentiam prurido moderado na pele ou ao redor do estoma algumas vezes ao dia e sensação de dor, principalmente aqueles que manifestaram separação muco

cutânea, retração, dermatite, hiperemia e granuloma, e em particular, os com estomia urinária e úmida.

No caso da dor, no estoma propriamente dito não se espera que o paciente apresente devido a ausência de terminações nervosas. O prurido também não é um achado comum nos estudos já realizados com pacientes com estomias intestinais, encontrando-se poucos relatos a respeito. Em geral, os estomas úmidos ou urinários tendem a apresentar o prurido em pele periestoma devido à formação de cristais de fosfatos que se depositam na mucosa do estoma e causam a sensação de prurido ao redor do mesmo e na pele periestoma.^{90,85} Pode-se, entretanto, especular que esse prurido e a dor poderiam estar associados pela transpiração da pele devido ao contato da pele com a bolsa, pelo processo inflamatório, a dermatite e pelo evento da cicatrização na junção do estoma e a pele, como é visto por Feitosa *et al*⁸⁴.

7 CONCLUSÃO

Respondendo aos objetivos do projeto e mediante aos resultado advindos, este estudo possibilitou identificar que a avaliação e demarcação da área abdominal pelo enfermeiro estomaterapeuta para confecção de estomas intestinais de eliminação em pacientes com doença oncológica com e sem orientação e para o cuidado com o estoma, são determinantes que asseguram a diminuição na ocorrência de eventos desfavoráveis aos pacientes estomizados, como as complicações nos estomas e pele periestoma após a cirurgia. Essa efetividade não foi observada somente em relação a diminuição de complicações nos usuários, mas também, favorável aos cirurgiões, que confeccionaram grande parte dos estomas nas áreas delimitadas previamente pela estomaterapeuta.

O estudo possibilitou a interpretação quanto à implementação de condutas de orientação para o autocuidado, o qual, isoladamente não traz resultados favoráveis de imediato, haja vista que orientar o outro no ato de cuidar de si e ser co-participativo no seu processo de saúde doença exige conhecimentos, habilidades cognitivas e atitudes dialógica entre o profissional orientador e o paciente orientado, situação que requer um período de assimilação e execução do aprendizado para se obter respostas satisfatórias no futuro. Então, a demarcação da área abdominal como intervenção é o primeiro passo que deve ser dado para minimizar o aparecimento das complicações e as orientações de cuidado funcionam como intervenções contínuas de enfermagem contribuindo com os usuários para que tenham melhores respostas.

Em relação a presença de complicações nos pacientes demarcados e não demarcados, com e sem orientação para o autocuidado com estomia, pelo enfermeiro estomaterapeuta, no

estudo, essas complicações foram mais evidentes nos grupos daqueles que não foram demarcados e ou que não foram orientados como é mostrado nos resultados. Os pacientes que receberam orientação, apresentaram algum tipo de complicação, mostrando que o paciente estomizado, leva um tempo para se adaptar à nova rotina e principalmente se familiarizar com o cuidado com o estoma intestinal e pele periestoma.

Nos tipos de estomas confeccionados nos pacientes com doença oncológica, destacaram-se as colostomias. Estas foram produzidas em maior escala em relação às ileostomias. Mas por outro lado, estas últimas se mostram mais susceptíveis a apresentar complicações e em especiais aquelas do tipo dermatite e hiperemia, que as colostomias. Quanto ao tempo ou permanência desses estomas intestinais, no estudo tiveram relevância as estomias temporárias, ou seja, as que têm possibilidade de uma possível reconstrução, mesmo trabalhando com doença oncológica. Mas como foi ressaltado anteriormente, alguns dos estomas foram realizados como intervenção cirúrgica inicial não sendo a cirurgia definitiva proposta da oncologia.

Por fim, conclui-se com este estudo que a demarcação do estoma intestinal em pacientes oncológico, tem efetividade para minimizar as alterações apresentadas na região abdominal, principalmente pelas mulheres, escolher um melhor local para a confecção da estomia e assim diminuir as complicações, tanto no estoma como na pele periestoma, possibilitando que o paciente tenha manejo com sua estomia, sem manifestar grandes agravos até que ele aprimore suas habilidades e se adapte ao desvio intestinal e ou unitário. Devendo ser uma intervenção primária e primordial implementada pelo enfermeiro estomaterapeuta e apoiada pelas instituições que trabalham com cirurgia oncológica.

O estudo apresentou resultados relevantes para assistência de enfermagem e para outros profissionais. Mas vale ressaltar, que apresentou limitações pelo quantitativo de participantes, pois se caracteriza como uma amostra pequena para uma pesquisa com abordagem quantitativa. Com um número mais expressivo de usuários teriam mais sustentabilidade as hipóteses aqui testadas, para tanto seria necessário um tempo superior para se realizar a coleta e trabalhar com este tipo de estudo.

Sugere-se que novas pesquisas abordando a temática sejam realizadas, pois na busca por referências, foram encontrados poucos estudos de cunho prospectivo e com foco em pacientes oncológicos. A doença oncológica atualmente é a maior causa de internação e intervenção cirurgia no país, sem falar de doenças cardiopulmonares ou acidentes. Principalmente se tratando do câncer de colón e reto, assim como de colo uterino, contribuem com um aumento significativo de pessoas estomizadas no Brasil. Então, vale receber uma atenção especial pela

academia científica, devendo procurar entender melhor a complexidade que envolve esta população e em especiais aqueles que passarão por mudança corporal radical.

REFERÊNCIAS

1. COUTO, D. *et al.* **Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na teoria de Dorothea Orem.** Braz. J. Surg. Clin. Res. v. 22, n.1, p. 55-58, 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180303_180442.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.
2. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Incidência de câncer no Brasil: Estimativa/2018.** Brasília, DF, 2018. Disponível: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2019.
3. BRASIL. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009.** Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em 15 nov. 2017.
4. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA (SDH/PR); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS (ABRASO). **Notícia nº 711 de 16 de março de 2015. Propõem certificação para garantir saúde dos ostomizados.** Brasília, DF, 16 mar. 2015. Disponível:<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/noticias/sdhpr-e-abraso-propoem-certificacao-para-garantir-saude-dos-ostomizados>. Acesso: 17 de nov. 2017.
5. MOTA, M. S.; GOMES, G. C.; PETUCO, V. M. **Repercussão no processo de viver com da pessoa com estomia.** Texto contexto Enferm, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-1260014.pdf. Acesso em: 16 set. 2018.
6. FONSECA, A. Z. *et al.* **Fechamento de colostomia: fatores de risco para complicação.** ABCD Arq Bras Cir Dig, São Paulo, v. 30, n.4, p.231-34, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v30n4/pt_0102-6720-abcd-30-04-00231.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.
7. SANTOS, C. H. M. *et al.* **Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma.** Rev bras. colo-proctol, v. 27, n. 1 p. 16-19, 2007. Disponível em: https://www.sbcpr.org.br/revista/nbr271/p16_19.htm. Acessado em: 12 jul. 2018.
8. SILVA, N. M. **Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa.** Revista Latino-Americana de enfermagem, v.2950, n.25, p.1-12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2950.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.
9. SMELTTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2015.
10. HOFF, P. M. G. *et al.* **Tratado de oncologia: tumores do colón.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

11. DICAS DE SAÚDE. **Os 10 principais sintomas de câncer colorretal**, 2017. Disponível em: <https://www.saudedica.com.br/os-10-principais-sintomas-de-cancer-colorretal/>. Acesso em: 24 set. 2018.
12. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA/MS). **Incidência de câncer no Brasil**. Estimativa/2016, Brasília, DF, 2016. Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.
13. BENSON, A. B. **Epidemiology, disease progression and economic burden of colorrectal cancer**. *J Managed Care Pharmacy*, v.13, n.6, p.5-8, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17713990>. Acesso em: 20 set. 2018.
14. YOU, Y. N. *et al.* **Young-onset colorectal cancer: is it time to pay attention?** *Arch Intern Med*, v. 172, n. 3, p. 287-289, 2012. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1108703>. Acesso em: 20 set 2018.
15. MARCIANO, R. M. **Câncer colorretal**. São Paulo. Disponível em: <http://www.drmarcelomarciano.com.br/Artigos/CancerColorretal.asp>. Acesso em: 24 set. 2018.
16. GRUPO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO E INFORMAÇÃO DE SAÚDE (GAIS). **A relevância do câncer colorretal**. Bepa, São Paulo, v. 6, n. 68, p. 1-14, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v6n68/v6n68a06.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.
17. MARLEY, A. R.; NAN, H. **Epidemiology of colorectal câncer**. *Int J Mol Epidemiol Genet*, v. 7, n. 3, p. 105-114, 2016. Disponível em: <http://www.ijmeg.org/files/ijmeg0036410.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.
18. DIOGENES, C. V. V. *et al.* **Achados de retossigmoidoscopias no rastreamento de câncer colorretal em pacientes assintomáticos acima de 50 anos**. *Revista Brasileira Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 403-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n4/06.pdf>. Acesso em: 22 set. 2018.
19. SOUZA, G. D. *et al.* **Métodos de imagens no estadiamento pré e pós-operatórios do câncer colorretal**. *ABC Arq Bras Cir Dig*, v. 31, n. 2, p. 1-5, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v31n2/pt_0102-6720-abcd-31-02-e1371.pdf. Acesso em: 23 set. 2018.
20. DE JONG E. A. *et al.* **The accuracy of MRI, endorectal ultrasonography, and computed tomography in predicting the response of locally advanced rectal cancer after preoperative therapy: A metaanalysis**. *Surgery*, v. 159, n. 3 p. 688-699, 2016. Disponível em: [https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060\(15\)00890-9/pdf](https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060(15)00890-9/pdf). Acesso em: 23 set. 2018.
21. GOODMAN, K. A. *et al.* **ACR Appropriateness Criteria Rectal Cancer: Metastatic Disease at Presentation**. *Oncology (Williston Park)*, v. 28, n. 10, p. 867-878, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25323613>. Acesso em: 23 set. 2018.

22. NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. **Qualidade de vida de pacientes com câncer do colorretal em terapia adjuvante.** Acta Paul Enferm, v. 22, n. 22, p. 155-161, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a07v22n2.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.
23. PINHO, M. S. L.; FERREIRA, L. C.; KLEINUBING, J.R.H. **Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal: resultados a longo prazo e análise da qualidade.** Rev bras. colo-proctol, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 422-429, 2006. Disponível em: https://www.sbcop.org.br/pdfs/26_4/08.pdf. Acesso em: 23 set. 2018.
24. MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, Estomia E Dermatologia: Uma Abordagem Multiprofissional.** 2 ed. São Paulo: Editora-martinar, 2011.
25. ROCHA, J. J. R. **Estomias intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais.** Medicina Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 51-56, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/475><http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47335>. Acesso em: 15 nov. 2017.
26. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Definições Operacionais das Características dos Equipamentos e Adjuvantes para Estomas.** Revista Estima, São Paulo, v. 4, n. 4, 2006. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/202>. Acesso em: 15 jun. 2018.
27. MEIRELLES, C.A.; FERRAZ, C. A. **Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados.** Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 9, n. 5, p. 32-38, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7796.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.
28. STEINHAGEN, E. M. D. *et al.* **Intestinal stomas - postoperative stoma care and peristomal skin complications.** Journal list clin colon rectal surg, v. 30, n. 3, p. 184-192, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5498169/>. Acesso em: 17 dez. 2018
29. BASS, E. M. *et al.* **Does preoperative stoma making end education by the enterostomal therapist affect outcome?** Dis colon rectum, v. 40, n. 4, p. 440-442, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9106693>. Acesso em: 17 dez.2018.
30. BARATA, A. M. **Considerações sobre estomas entéricos parte II – construção e complicações.** Revista Portuguesa de coloproctologia, p. 24-7, 2009. Disponível em:http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol_maio_agosto_2009__pags_24_a_27.pdf. Acesso em: 25 set. 2018.
31. ENFERMAGEM NOVIDADE, 2017.**Ostomias e os cuidados de Enfermagem.** Disponível em: <https://enfermagemnovidade.wordpress.com/2017/03/26/ostomias-e-os-cuidados-de-enfermagem/>. Acesso em: fev. 2018
32. SILVA, J. C. *et al.* **Demarcação abdominal por enfermeira estomaterapeuta.** Enfermería: Cuidados Humanizados, v. 6, n. 1, p. 12-18, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v6n1/2393-6606-ech-6-01-00012.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

33. SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. **O significado na mudança do modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva.** Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 483-90, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a03.pdf>. Acesso em 02 dez. 2017.
34. ALMEIDA, S. S. L. *et al.* **Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer.** Psicologia em estudo, Maringá, v. 15, n.4, p. 761-769, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a11.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.
35. INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION (IOA). **Charter of Ostomates Rights.** 1997. Disponível em: <http://www.ostomyinternational.org/about-us/charter.html>. Acesso em: 14 out. 2018.
36. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERERAPIA (SOBEST); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADO (ABRASO). **Proposta de Portaria Ministerial: Política Nacional de Saúde das Pessoas com Ostomias.** 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/gt_rol_2013_2a_18_reuniao_proposta_portaria_Abraso_Sobest.pdf. Acesso em: 22 jul. 2018.
37. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar/Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa n° 325, de 18 de abril de 2013.** [Altera a Resolução Normativa n° 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regular o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art.10-B da Lei n° 9.656, de 1998]. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0325_18_04_2013.html. Acesso em: 15 jul. 2018.
38. PAULA, M. A. B.; SANTOS, V. L. C. G. **O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta.** Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 474-482, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010411692003000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2017.
39. LINHARES, A. A. **Estomaterapia em oncologia.** In: FIGUEREIRO, E.; MONTEIRO, M.; RIO V. A. Tratado de oncologia. 1 ed, Reinviter, 2013.
40. YAMADA, A. B. *et al.* **Estomaterapia - Competências do enfermeiro estomaterapeuta TI SOBEST ou do enfermeiro estomaterapeuta.** ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA: Estomias, Feridas e Incontinências (SOBEST), 2008. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/texto/11#:~:text=A%20estomaterapia%20%C3%A9%20uma%20especialidade,aspectos%20preventivos%2C%20terap%C3%AAAuticos%20e%20d>e. Acesso em: 15 dez.2017.
41. COFEN. **Resolução n° 564 de 06 de dezembro de 2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 20 mar. 2018.

42. COFEN. **Resolução nº 389 de 18 de outubro de 2011.** [Atualiza no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades]. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-3892011_8036.html. Acesso em: 14 jan. 2018.
43. SILVA, R. C. L. *et al.* **Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3ª ed. São Paulo: yendis, 2012.
44. SCHIMIDT, F. Q. **Demarcação de estomia: considerações conceituais.** 2015. Disponível em: https://www.google.com/search?q=Fernanda+Queiroz+Schmidt,+fotos+de+demarca%C3%A7%C3%A3o+de+estomas+2015&sxsrf=ALeKk00zyyDT0CsjVolpnXJaGK-WCBeVCQ:1601757946390&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj_l_qOrp. Acesso em: 3 fev. 2018.
45. OLIVEIRA, M. V. **As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal.** 2014. Tese (Mestrado em Enfermagem). Biblioteca virtual USP, Ribeirão Preto p.01-67, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-193522/pt-br.php>. Acesso em: 15 ago. 2018
46. BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisa em Seres Humanos e Atualiza a Resolução 196/96. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 fev. 2018.
47. BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Procedimentos Metodológicos Característicos das Áreas de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 05 out. 2018.
48. AGUIAR, J. C. *et al.* **Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios.** Rev Min Enferm, v. 21, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170023>. Acesso em: 14 fev. 2020.
49. SILVA, N. M. **Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa.** Revista Latino-Americana de enfermagem, v. 2950, n.25, p. 1-12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2950.pdf. Acesso em: 24 set. 2018.
50. NASCIMENTO, M. V. F. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação.** Rev. Ciência y enfermería, v. 24, n. 15, p. 159-171, 2018. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-15.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.
51. MORAES, J. T. *et al.* **Perfil de pessoas estomizadas de uma região de saúde Mineira.** Enfermagem em Foco, v. 7, n. 2, p. 22-26, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/788/314>. Acesso em: 24 jan. 2020.

52. BARROS, E. R.; BORGES, E. L.; OLIVEIRA C. M. **Prevalência de estomias de eliminação em uma microrregião do norte de Minas Gerais.** Estima, Braz. J. Enterostomal Ther, v. 16, 2018. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/654/pdf_1. Acesso em: 20 fev. 2020
53. NETO, J. P. *et al.* **Frequentes complicações em pacientes colostomizados.** Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, São Paulo, v. 13, n. 30, 2016. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/444>. Acesso em: 20 fev. 2020.
54. SELAU, M.C. *et al.* **Percepção dos pacientes com estomia intestinal em relação às mudanças nutricionais e estilo de vidas.** Rev. Texto Contexto Enferm, v. 28, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-25-e20180156.pdf. Acesso: 15 de fev.
55. PINTO, I. E. S. *et al.* **Fatores de risco associados ao desenvolvimento de complicações do estoma de eliminação e da pele periestomal.** Rev. Enfermagem Referência, Coimbra, v. 4, n. 15, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400016. Acesso em: 25 jan. 2020.
56. PANAZZOLO, D. *et al.* **Efeitos da terapia hormonal da menopausa sobre a gordura corporal.** Revista HUPE, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 47-53, 2014. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=462. Acesso em: 22 jan. 2020.
57. COVRE, E. R. *et al.* **Tendência de internações e mortalidade por causas cirúrgicas no Brasil, 2008 a 2016.** Rev. Col. Bras. Cir, Rio de Janeiro, v. 46, n.1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912019000100152. Acesso em: 20 jan. 2020.
58. ROSE, J. *et al.* **Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate.** The Lancet. Global health, v. 27, n. 3 p. 13-20, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5746187/>. Acesso em: 20 jan. 2020.
59. SUN, X. *et al.* **Comparison of safety of loop ileostomy and loop transverse colostomy for low-lying rectal cancer patients undergoing anterior resection: A retrospective, single institute, propensity score-matched study.** J. Buon, v. 24, n. 1, p. 123-129, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30941960>. Acesso em: 7 mar. 2020.
60. MEDEIROS, G. C. *et al.* **Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil.** Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1269.pdf> Acesso em: 12 fev.
61. POZSGAI, E. *et al.* **Wait times to diagnosis and treatment in patients with colorectal cancer in Hungary.** Cancer Epidemiology, v. 59, p. 244-248, 2019. Disponível em:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877782118306982?via%3Dihub>. Acesso em: 12 mar. 2020.
62. COSTA, J. U. *et al.* **Complicações do estoma intestinal em pacientes pós-operatório de ressecção de tumores de reto.** Rev. Enfermagem atual, v. 2017, 2017. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/545>. Acesso em: 20 fev. 2020
 63. CARNEIRO, C. *et al.* **Amputação Abdominoperineal Extraelevador – Revisão.** Rev. Portuguesa de Cirurgia, Lisboa, n.42, p.33-43, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpc/n42/n42a04.pdf>. Acesso em 25 nov. 2019
 64. PAPA, A. M. *et al.* **O que há de novo em tratamento neoadjuvante em câncer de reto?** Rev. Brasileira de oncologia, v. 8, n. 30, p. 174-179, 2012. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/30/artigo2.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.
 65. BUZATTI, K. C. L.; PETROIANU, A. **Aspectos fisiopatológicos da síndrome pós – ressecção anterior de reto para tratamento de câncer retal.** Rev. Col. Bras. Cir. Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 397-402, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n4/0100-6991-rcbc-44-04-0397.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
 66. ROBERT, S. K. M. D. M. S. **Malignant bowel obstruction.** Journal of surgical oncology, v. 120, p. 74-77, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jso.25451?purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&tracking_action=preview_click&r3_referer=wol&show_check_out=1. Acesso em: 01 dez. 2019
 67. BAGATELIYA, Z. A; SHABUNIN, A.V; GUGNIN, A.V. **Standartizatsiia khirurgicheskoi pomoshchi pri kolorektal'nom rake, oslozhnennom obturatsionnoi kishechnoi neprokhodimost'iu..** Rev. Khirurgiia (Mosk), n. 3, p.53-59, 2019. Disponível em: <https://www.mediasphera.ru/journal/molekulyarnaya-genetika-mikrobiologiya-i-virusologiya>. Acesso em: 01 dez. 2019.
 68. SHU, S. *et al.* **Pelvic Exenteration as Potential Cure and Symptom Relief in Advanced and Recurrent Gynaecological Cancer.** Anticancer Res, v. 39, n. 10, p. 5637-5637, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31570460>. Acesso em: 26 nov. 2019.
 69. FILHO, R. C. S. **Indicações e Complicações da Exenteração Pélvica no Câncer Ginecológico.** Femina, vol. 42, n. 2, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n2/a4798.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.
 70. DUNCAN, J. E. *et al.* **Ostomy Usage for Colorectal Trauma in Combat Casualties.** World Journal of Surgery, v. 43, n. 1 , p. 169-174, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30128770/>. Acesso em:
 71. MORENO, N. B. *et al.* **Evaluación comparativa en calidad de vida de pacientes con RAUB, RAUBIE vs RAP por cáncer de recto. Informe preliminar.** Rev. Cirugía, v. 71, n. 1, p. 22-28, 2019. Disponível em:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492019000100022&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 9 dez. 2019.
72. ANDRADE, L. B. P. **Estado nutricional de pacientes ostomizados**. Tese (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Pernambuco, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/29012/1/Andrade%2C%20Lara%20Beatriz%20Pereira%20de.pdf>. Acesso em: 11 dez.2019
73. MIRANDA, S. M. *et al.* **Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com estomia em Teresina**. Rev. Estima, v.14, p. 29-35, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/117/0>. Acesso em: 11 dez. 2019.
74. AMBE, P.C. *et al.* **Intestinal Ostomy – classifications, ostomy care and complication management**. Deutsches Ärzteblatt International, v.115, p. 182-7, 2018. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/references?id=196925>. Acesso em: 02 fev. 2020.
75. STEGENSEK-MEJÍA, E. M. *et al.* **Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016**. Enfermería Universitaria, v. 14, n. 4, p. 235-242, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300635>. Acesso em: 15 de março.
76. GAVRIILIDIS, P.; AZOULAY, D.; TAFLAMPAS, P. **Loop transverse colostomy versus loop ileostomy for defunctioning of colorectal anastomosis: a systematic review, updated conventional meta-analysis, and cumulative meta-analysis**. Surgery Today, v. 49, n. 2, p. 108-117, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00595-018-1708-x>. Acesso em: 12 fev. 2020.
77. TIVENIUS, M.; NÄSVALL, P.; SANDBLOM, G. **Parastomal hernias causing symptoms or requiring surgical repair after colorectal cancer surgery a national population-based cohort study**. International Journal of Colorectal Disease, v. 34, n. 7, p. 1267-1272, 2019. Acesso em: 15 fev. 2020.
78. MOTA, M. S. *et al.* **Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem**. Rev. Esc Enfermagem USP, v. 49, n.1, p. 82-88, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0082.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.
79. BORGES, E. L.; RIBEIRO, M. S. **Linha de cuidados da pessoa estomizada**, Belo Horizonte: SES-MG, 2015. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/ostomizados/24-06-Linha-de-Cuidados-da-Pessoa-Estomizada.pdf. Acesso em: 2 mar. 2019
80. MOREIRA, C. N. O. *et al.* **Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma**. Journal of Coloproctology, Rio Janeiro, v. 36, n. 4, p. 208-215, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000400208. Acesso em: 26 jan. 2020.

81. DANTAS, F. G. *et al.* **Prevalência de complicações em pessoas com estomias urinárias e intestinais.** Revista Enfermagem Atual in Derme, v. 82, n. 20, 2019. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/304>. Acesso em: 23 jan. 2020.
82. LUZ, M. H. B. A. *et al.* **Qualidade de vida de pessoas estomizadas: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 4, n. 1, p. 117-122, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30843>. Acesso em: 2 mar. 2020.
83. LIRA, J. A. C. L. *et al.* **Custos de equipamentos coletores e adjuvantes em pacientes com estomias de eliminação.** Rev Min Enferm, v. 23, e-1163, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1305>. Acesso em: 15 mar. 2020.
84. FEITOSA, Y. S. *et al.* **Significados atribuídos às complicações de estomia e pele periestoma em um serviço de referência na região do Cariri.** Rev. Estima Braz, J. Enterostomal Ther. São Paulo, v. 16, e3918, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/335526675_Significados_atribuidos_as_complicacoes_de_estomia_e_pele_periestoma_em_um_servico_de_referencia_na_regiao_do_Cariri. Acesso em: 21 jan. 2020.
85. GONZÁLEZ, E. F. *et al.* **Complicaciones y cuidados de las urostomías.** Rev. Enfuro Asociación Española de Enfermería en Urología, n. 136, 2019. Disponível em: http://revistas-enfuro.enfuro.es/html/revista_136.html#../images/revista136/8. Acesso em: 20 de fev. 2020.
86. HARDT, J. *et al.* **Lateral pararectal versus transrectal stoma placement for prevention of parastomal herniation.** Cochrane Database Syst Rev, v. 4, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31016723>. Acesso em: 12 fev. 2020.
87. SALOME, G. M. *et al.* **Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city.** Journal of Coloproctology, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 106-112, 2015. Disponível em: <https://jcol.elsevier.es/en-profile-ostomy-patients-residing-in-articulo-S223793631500026X>. Acesso em: 18 fev. 2020.
88. VELASCO, M. M.; ESCOVAR, F. J.; CALVO, A. P. **Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto.** Rev. Cirugía Española, v. 92, n. 3, p. 149-156, 2014. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento-las-S0009739X13003667>. Acesso em: 11 dez. 2019.
89. NUNES, M. L. G.; SANTOS, V. L. C. G. **Instrumentos de avaliação das complicações na pele periestoma: revisão integrativa.** AQUICHAN. Colombia, v.18, n.4, p. 477-491, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n4/1657-5997-aqui-18-04-00477.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.
90. LUCAS, I. F. G. **A intervenção Farmacêutica em doentes ostomizados.** 2016. Tese (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/42502/1/Mono_Ines%20Lucas.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Via do pesquisador

Olá!

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário da pesquisa, que tem como título, estudo da efetividade da demarcação de estoma intestinal por estomaterapeuta em pacientes com doença oncológica, sendo realizada pela Universidade Federal do Amazonas, tendo pesquisadora responsável, mestranda Iraneide Ferreira Mafra, aluna da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, localizada na rua Teresina, número 495, telefones (9²) 3305-5100, (92)99114-5386, e-mail: neidemafral@hotmail.com. Tendo como orientador, Dr. Prof. David Lopes, docente da Escola de Enfermagem de Manaus- EEM e do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, localizada também no endereço acima já descrito, e-mail: davidnetto@oul.com.br. O estudo tem como objetivo principal: avaliar a efetividade da demarcação de estoma intestinal de eliminação em pacientes com doença oncológica realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta e como específicos: demarcar o local de estomas intestinais de eliminação pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção do estoma pelo cirurgião, descrever a presença de complicações nos pacientes demarcados e com orientação e em pacientes demarcados e sem orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta, descrever a presença de complicações em pacientes não demarcados e sem orientação e em pacientes não demarcados e com orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta e identificar os tipos de estomas mais confeccionados nos pacientes com doença oncológica em relação à colostomia ou ileostomia e permanência (temporária ou definitiva). A pesquisa apresenta riscos moderados, pois quando se pretende realizar uma entrevista estruturada, pode haver constrangimento, você pode apresentar instabilidade emocional e sentir-se sem condições de continuar com a pesquisa. Também pode apresentar alergia aos materiais utilizados (caneta, régua e bolsa de colostomia). Para você voluntário que não receberá orientação para promover o autocuidado, mas que será demarcado, os riscos em relação à pesquisa são moderados, pois pode haver constrangimento, você pode apresentar instabilidade emocional e podendo apresentar

alguma reação alérgica aos materiais utilizados e sentir-se sem condições de continuar com a pesquisa. Mas você participante que receberá orientação para o autocuidado, mas que não será demarcado, também terá riscos moderados em relação à pesquisa, pois passará por entrevista, podendo se sentir constrangido, se apresentar instável emocionalmente, porém se espera que você não apresente reações alérgicas, pois não se usará em você, os materiais para a demarcação. Caso você voluntário expresse ou a pesquisadora observe tais condições, a pesquisa será suspensa imediatamente e a pesquisadora solicitará apoio de outros profissionais como, a psicologia e a medicina da própria instituição caso seja necessário, para o seu atendimento. Já de imediato informa-se, que você participante desta pesquisa, juntamente com seu familiar não terão nem um tipo de gasto com o estudo. Também não receberá dinheiro ou algo que o induza a participar da pesquisa, que não seja de forma voluntária. Não receberá ajuda de custo para deslocamento ou compra de algo, pois, a pesquisa acontecerá na instituição onde se encontra internado. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o(a) sr. (a) e/ou seu acompanhante serão indenizados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o(a) sr.(a) e o seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade do projeto através da pesquisadora. Qualquer tipo de indenização será realizado em espécie. Ao aceitar participar dessa pesquisa, que só se iniciará após sua aceitação por escrito, você continuará recebendo toda a assistência da equipe, inclusive da enfermagem. Porém, terá sua região abdominal avaliada e ou não demarcada com uma caneta a prova d'água, que não poderá ser retirado até o ato cirúrgico. Ainda você receberá ou não orientação sobre a troca e esvaziamento da bolsa coletora, visualização e higienização do estoma e pele periestoma, alimentação, evitar aumento de peso e força excessiva em região abdominal, informações estas que poderão ajudar a promover o seu autocuidado. Também será entrevistado para se obter informações quanto à sua idade, estado civil, escolaridade, ocupação, alergia, sua cor/etnia, filhos, uso de bebida, fumo e ainda será pesado e a sua altura medida. Após o ato cirúrgico será avaliado e acompanhado pela pesquisadora, durante dois meses em um tempo estabelecido, que acontecerá da seguinte forma: 3, 7, 14, 21, 28, 35, 42 e 49 dias após a cirurgia. Esse acompanhamento acontecerá no hospital enquanto estiver internado (a), na sua residência e por telefone caso more em outro município distante ou em outro estado. Para que tudo ocorra sem sua exposição e para que não sinta desconforto ou caso venha sentir,

mas que seja o mínimo possível, será providenciado um local tranquilo. O sigilo da sua participação na pesquisa e toda informação coletada serão mantidas. Lembrando que, sua participação é voluntária e pode desistir do estudo a qualquer momento, sem danos para você ou sua família. Lembrando ainda que, a sua não aceitação de participar da pesquisa não implicará no seu atendimento e tratamento, que continuarão sem problema. Ressalta-se que quando se realiza uma pesquisa, espera-se alguns benefícios, que são as contribuições do estudo para a comunidade. Os benefícios dessa pesquisa são possíveis implementação e acompanhamento por enfermeiros estomaterapeutas em unidades de saúde e principalmente, em unidades com tratamentos oncológicos, tendo o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente após a confecção de um estoma. Além da possível descoberta de métodos mais eficazes para o acompanhamento de enfermagem, proporcionando um atendimento mais seguro, qualificado e eficaz. Ainda outros benefícios são esperados, melhor planejamento das políticas de saúde, elaboração e implementação de ações para o coletivo ou determinada população, prevenção de doenças ou agravos, avanços tecnológicos, medicamentosos e outros. Possíveis publicações dos resultados em periódicos de grande circulação, onde você, caso tenha interesse, poderá ter acesso, o meio acadêmico, pesquisadores e comunidade geral, e assim contribuir para o aprendizado e conhecimento dos mesmos, quanto à temática. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço, e-mail e telefones acima. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participante do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento de pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Solicita-se que assine o consentimento pós-informação afirmando que compreendeu e está de acordo com os termos apresentados. Este TCLE contém duas vias, sendo necessária a sua assinatura e da pesquisadora, ficando uma cópia em sua posse e outra com a pesquisadora.

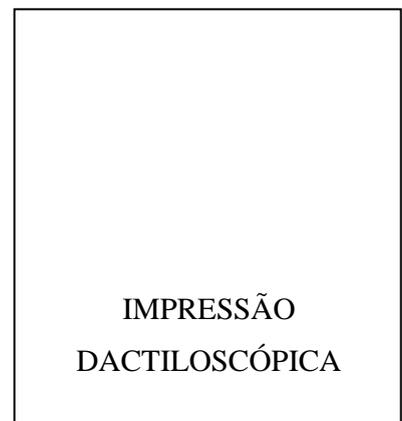
Consentimento pós-informação:

Eu, _____
fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi os objetivos da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmo também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Colaborador



Data: / /

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Via do participante

Olá!

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário da pesquisa, que tem como título, estudo da efetividade da demarcação de estoma intestinal por estomaterapeuta em pacientes com doença oncológica, sendo realizada pela Universidade Federal do Amazonas, tendo pesquisadora responsável, mestranda Iraneide Ferreira Mafra, aluna da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, localizada na rua Teresina, número 495, telefones (92) 3305-5100, (92)99114-5386, e-mail: neidemafra.l@hotmail.com. Tendo como orientador, Dr. Prof. David Lopes, docente da Escola de Enfermagem de Manaus- EEM e do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, localizada também no endereço acima já descrito, e-mail: davidnetto@oul.com.br. O estudo tem como objetivo principal: avaliar a efetividade da demarcação de estoma intestinal de eliminação em pacientes com doença oncológica realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta e como específicos: demarcar o local de estomas intestinais de eliminação pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção do estoma pelo cirurgião, descrever a presença de complicações nos pacientes demarcados e com orientação e em pacientes demarcados e sem orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta, descrever a presença de complicações em pacientes não demarcados e sem orientação e em pacientes não demarcados e com orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta e identificar os tipos de estomas mais confeccionados nos pacientes com doença oncológica em relação à colostomia ou ileostomia e permanência (temporária ou definitiva). A pesquisa apresenta riscos moderados, pois quando se pretende realizar uma entrevista estruturada, pode haver constrangimento, você pode apresentar instabilidade emocional e sentir-se sem condições de continuar com a pesquisa. Também pode apresentar alergia aos materiais utilizados (caneta, régua e bolsa de colostomia). Para você voluntário que não receberá orientação para promover o autocuidado, mas que será demarcado, os riscos em relação à pesquisa são moderados, pois pode haver constrangimento, você pode apresentar instabilidade emocional e podendo apresentar alguma reação alérgica aos materiais utilizados e sentir-se sem condições de continuar com

a pesquisa. Mas você participante que receberá orientação para o autocuidado, mas que não será demarcado, também terá riscos moderados em relação à pesquisa, pois passará por entrevista, podendo se sentir constrangido, se apresentar instável emocionalmente, porém se espera que não apresente reações alérgicas, pois não se usará em você, os materiais para a demarcação. Caso você voluntário expresse ou a pesquisadora observe tais condições, a pesquisa será suspensa imediatamente e a pesquisadora solicitará apoio de outros profissionais como, a psicologia e a medicina da própria instituição caso seja necessário, para o seu atendimento. Já de imediato informa-se, que sendo participante desta pesquisa, juntamente com seu familiar não terão nem um tipo de gasto com o estudo. Também não receberá dinheiro ou algo que o induza a participar da pesquisa, que não seja de forma voluntária. Não receberá ajuda de custo para deslocamento ou compra de algo, pois, a pesquisa acontecerá na instituição onde se encontra internado. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o(a) sr. (a) e/ou seu acompanhante serão indenizados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h,IV.4c e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o(a) sr.(a) e o seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade do projeto através da pesquisadora. Qualquer tipo de indenização será realizado em espécie. Ao aceitar participar dessa pesquisa, que só se iniciará após sua aceitação por escrito, você continuará recebendo toda a assistência da equipe, inclusive da enfermagem. Porém, terá sua região abdominal avaliada e ou não demarcada com uma caneta a prova d'água, que não poderá ser retirado até o ato cirúrgico. Ainda você receberá ou não orientação sobre a troca e esvaziamento da bolsa coletora, visualização e higienização do estoma e pele periestoma, alimentação, evitar aumento de peso e força excessiva em região abdominal, informações estas que poderão ajudar a promover o seu autocuidado. Também será entrevistado para se obter informações quanto à sua idade, estado civil, escolaridade, ocupação, alergia, sua cor/etnia, filhos, uso de bebida, fumo e ainda será pesado e a sua altura medida. Após o ato cirúrgico será avaliado e acompanhado pela pesquisadora, durante dois meses em um tempo estabelecido, que acontecerá da seguinte forma: 3, 7, 14, 21, 28, 35, 42 e 49 dias após a cirurgia. Esse acompanhamento acontecerá no hospital enquanto estiver internado (a), na sua residência e por telefone caso more em outro município distante ou em outro estado. Para que tudo ocorra sem sua exposição e para que não sinta desconforto ou caso venha sentir, mas que seja o mínimo possível, será providenciado um local tranquilo. O sigilo da sua

participação na pesquisa e toda informação coletada serão mantidas. Lembrando que, sua participação é voluntária e pode desistir do estudo a qualquer momento, sem danos para você ou sua família. Lembrando ainda que, a sua não aceitação de participar da pesquisa não implicará no seu atendimento e tratamento, que continuarão sem problema. Ressalta-se que quando se realiza uma pesquisa, se espera alguns benefícios, que são as contribuições do estudo para a comunidade. Os benefícios dessa pesquisa são possíveis implementação e acompanhamento por enfermeiros estomaterapeutas em unidades de saúde e principalmente, em unidades com tratamentos oncológicos, tendo o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente após a confecção de um estoma. Além da possível descoberta de métodos mais eficazes para o acompanhamento de enfermagem, proporcionando um atendimento mais seguro, qualificado e eficaz. Ainda outros benefícios são esperados, melhor planejamento das políticas de saúde, elaboração e implementação de ações para o coletivo ou determinada população, prevenção de doenças ou agravos, avanços tecnológicos, medicamentosos e outros. Possíveis publicações dos resultados em periódicos de grande circulação, onde você, caso tenha interesse poderá ter acesso, o meio acadêmico, pesquisadores e comunidade geral, e assim contribuir para o aprendizado e conhecimento dos mesmos, quanto à temática. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço, e-mail e telefones acima. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participante do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento de pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Solicita-se que, assine o consentimento pós-informação afirmando que compreendeu e está de acordo com os termos apresentados. Este TCLE contém duas vias, sendo necessária sua assinatura e da pesquisadora, ficando uma cópia em sua posse e outra com a pesquisadora.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____
fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi os objetivos da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmo também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Colaborador

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Data: / /

APÊNDICE C - Instrumento para Coleta de Dados – Formulário para demarcação e avaliação de estoma intestinal de eliminação

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Iniciais do nome-----		
----- Prontuário -----		
Data de nascimento -----	Sexo -----	

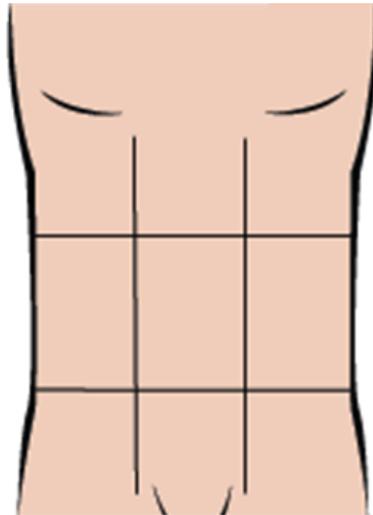
Endereço -----		

Estado-----	Telefone-----	

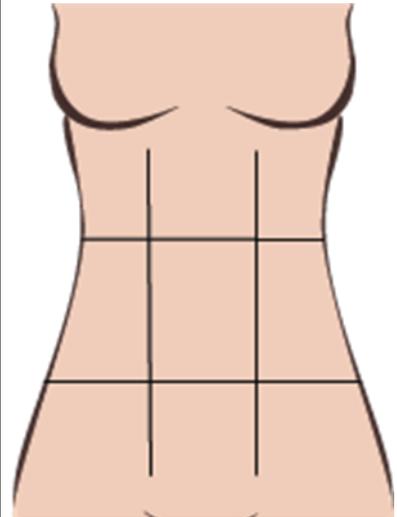
Colocar entre parênteses: “S” ou “N”		
Grau de instrução:		
Sem instrução <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/>		
Ocupação:_____		
Renda familiar mensal:_____		
Estado civil: casada/o <input type="checkbox"/> solteira/o <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> separada/o <input type="checkbox"/> viúva/o <input type="checkbox"/>		
Raça: branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/>		
2. DADOS DO PRÉ-OPERATÓRIA: antropométricos, avaliação e demarcação		
Peso atual -----	altura -----	IMC-----
Circunferência abdominal -----		
Alergia medicamentosa ou a algum produto <input type="checkbox"/> qual -----		
Tabagista <input type="checkbox"/> Ex - tabagista <input type="checkbox"/>		
Cirurgia prévia <input type="checkbox"/> História prévia de câncer <input type="checkbox"/>		

<p>Diagnóstico ----- -----</p> <p>Hipótese Diagnóstica----- -----</p> <p>Data do Diagnóstico início do tratamento</p> <p>Data prevista da cirurgia ----- Cirurgia proposta-----</p> <p>Tipo de estoma proposto-----permanência definitivo <input type="checkbox"/> temporária <input type="checkbox"/></p> <p>Data da demarcação-----</p> <p>Em tratamento de:</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> adjuvante <input type="checkbox"/> neoadjuvante</p> <p><input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> adjuvante <input type="checkbox"/> neoadjuvante</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia monoclonal <input type="checkbox"/> adjuvante <input type="checkbox"/> neoadjuvante</p> <p>Inspeção da área do abdome</p> <p>Pele:</p> <p>Hidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Cicatrizes <input type="checkbox"/>, onde----- -----</p> <p>Contorno:</p> <p>Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Com presença de hérnia <input type="checkbox"/></p>	
<p>-Avaliação do paciente nas posições, deitada</p> <p><input type="checkbox"/> sentada <input type="checkbox"/> e em pé</p> <p>-Se o paciente não conseguir ficar nas três posições especifique o porque ----- -----</p> <p>-Na posição deitada, solicitou ao paciente para elevar levemente a cabeça e assim identificando o músculo reto abdominal <input type="checkbox"/></p>	<p>-Manteve 4 a 5 cm longe dos pontos críticos <input type="checkbox"/></p> <p>-Caso não especifique o porque ----- -----Foi possível demarcar dois lugares e usar “1” para a primeira opção e “2” para a segunda? <input type="checkbox"/></p>

<p>- Paciente apresenta dobras cutâneas <input type="checkbox"/> e mamas pêndulas <input type="checkbox"/></p> <p>-Identificação da linha da cintura <input type="checkbox"/> e da crista ilíaca/proeminência óssea <input type="checkbox"/></p> <p>-Normalmente, o paciente usa calça, short, bermuda ou calcinha na: linha da cintura <input type="checkbox"/>, acima da linha da cintura <input type="checkbox"/> ou abaixo da linha da cintura <input type="checkbox"/></p> <p>Demarcação:</p> <p>-Com uma régua e uma caneta a prova d'água demarcou dois lugares para o estoma proposto, fazendo um círculo de 2,5 cm aproximadamente, no flanco adominal correspondente ao seguimento intestinal? <input type="checkbox"/></p> <p>-Caso não especifique o porque</p> <hr/> <hr/>	<p>-Caso não especifique o porque:----- -----</p> <p>- Para demarcar o segundo local, usou a bolsa de karaya na primeira demarcação? <input type="checkbox"/></p> <p>-Caso não especifique o porque:_____ - _____</p> <p>-Paciente apresentou processo alérgico na colocação da bolsa? <input type="checkbox"/></p> <p>-Caso apresente qual (ais) sinal e ou sintoma: _____ _____</p> <p>Locais demarcados:</p> <p><input type="checkbox"/> quadrante inferior direito</p> <p><input type="checkbox"/> quadrante superior direito</p> <p><input type="checkbox"/> quadrante superior esquerdo</p> <p><input type="checkbox"/> quadrante inferior esquerdo</p>
--	--



Fonte: Wesley Neves



Fonte: Wesley Neves

Orientação para o autocuidado:

Como trocar e esvaziamento da bolsa coletora e frequência

Visualização do estoma, podendo usar um espelho para auxiliar

Higienização do estoma e pele periestoma

Evitar aumento de peso em excesso

3. DADOS DO PÓS-OPERATÓRIO

Data da visita: _____

No prontuário:

Data da cirurgia: _____

Tipo de estoma confeccionado:

ileostomia colostomia

Permanência do estoma:

temporária definitiva

Porção do intestino retirado: _____

Evitar alimentos que a produção de gases

Aumentar o consumo alimentos com fibra

Evitar força excessiva em região abdominal

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas

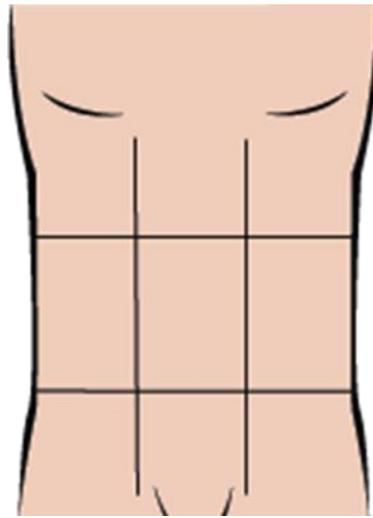
fezes pastosas fezes semissólidas

fezes firmes e sólidas

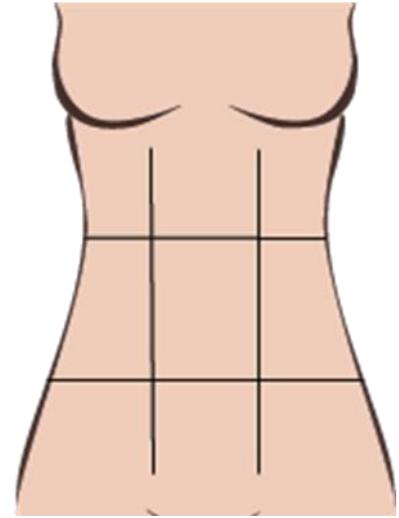
Medição do estoma em cm:

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

<p>Porção do intestino exteriorizado na parede abdominal_____</p> <p>Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa? <input type="checkbox"/></p> <p>Conteúdo esvaziado:</p> <p><input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro_____</p> <p>Avaliação do paciente:</p> <p>Tipo de estoma observado</p> <p><input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> colostomia</p> <p>Foi confeccionado na:</p> <p><input type="checkbox"/> 1ª opção <input type="checkbox"/> 2ª opção nas duas opções/ dois estomas <input type="checkbox"/></p> <p>ou em local não demarcado</p> <p>Estoma funcionante? <input type="checkbox"/></p> <p>Caso esteja, está eliminando:</p> <p><input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p>	<p>Possíveis alterações/complicações apresentadas:</p> <p>Sangramento <input type="checkbox"/> isquemia <input type="checkbox"/></p> <p>necrose <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/></p> <p>afundamento ou retração <input type="checkbox"/></p> <p>separação muco-cutânea <input type="checkbox"/></p> <p>estenose <input type="checkbox"/></p> <p>outro_____</p> <p>extravasando de efluente <input type="checkbox"/></p> <p>Dispositivo não aderindo ao estoma? <input type="checkbox"/></p> <p>Outra:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Pele periestoma apresentando alguma complicação <input type="checkbox"/></p> <p>Caso positivo qual?</p> <p><input type="checkbox"/> foliculite <input type="checkbox"/> dermatite <input type="checkbox"/></p> <p>qual _____ -</p> <p>_____</p> <p>_outras</p> <p>_____</p>
--	---



Fonte: Wesley Neves



Fonte: Wesley Neves

7º dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário: _____

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

14° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

<p>Outra _____</p> <p>Pele periestoma apresentando alguma complicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Caso positivo qual?</p> <p><input type="checkbox"/> foliculite <input type="checkbox"/> dermatite <input type="checkbox"/> qual tipo _____ <input type="checkbox"/> outras _____</p>
<p>21° dia do pós-operatório</p> <p>Data: _____</p> <p>No prontuário:</p> <p>Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa? <input type="checkbox"/></p> <p>Quantas vezes? _____</p> <p>Conteúdo esvaziado:</p> <p><input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? _____</p> <p>Avaliação do paciente</p> <p>Medição do estoma em cm: _____</p> <p>Estoma funcionando? <input type="checkbox"/></p> <p>Caso esteja, está eliminando: <input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>Características das fezes:</p> <p><input type="checkbox"/> fezes líquidas <input type="checkbox"/> fezes semilíquidas <input type="checkbox"/> fezes pastosas <input type="checkbox"/> fezes semissólidas <input type="checkbox"/> fezes firmes e sólidas</p> <p>Estoma apresentando alguma alteração/complicação? <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramento <input type="checkbox"/> isquemia <input type="checkbox"/> necrose <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> afundamento ou retração <input type="checkbox"/> separação muco-cutânea <input type="checkbox"/> estenose <input type="checkbox"/></p> <p>Extravasamento de conteúdo efluentes <input type="checkbox"/> dispositivo não aderindo ao estoma</p> <p>Outra _____</p> <p>Pele periestoma apresentando alguma complicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Caso positivo qual?</p>

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

28° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionante?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

35° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

42° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionante?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

49º dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

APÊNDICE D - Instrumento para Coleta de Dados – Formulário para avaliação de estoma intestinal de eliminação não demarcado.

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais do nome-----

----- Prontuário -----

Data de nascimento -----Sexo -----

Endereço -----

Estado----- Telefone-----

Colocar entre parênteses: “S” ou “N”

Grau de instrução:

Sem instrução Ensino Fundamental incompleto Fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo

Ocupação:_____

Renda familiar mensal:_____

Estado civil: casada/o solteira/o união estável separada/o viúva/o

Raça: branca preta parda amarela

2. DADOS DO PRÉ-OPERATÓRIA: antropométricos, avaliação e demarcação

Peso atual ----- altura ----- IMC-----

Circunferência abdominal -----

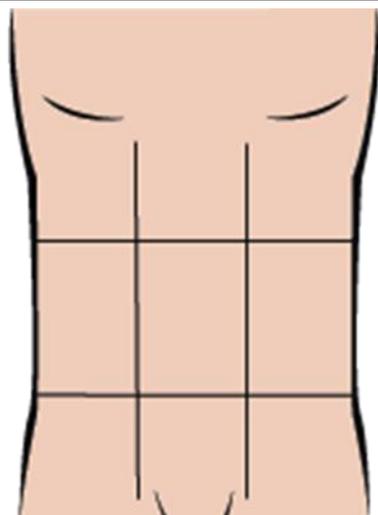
Alergia medicamentosa ou a algum produto qual -----

Tabagista Ex - tabagista

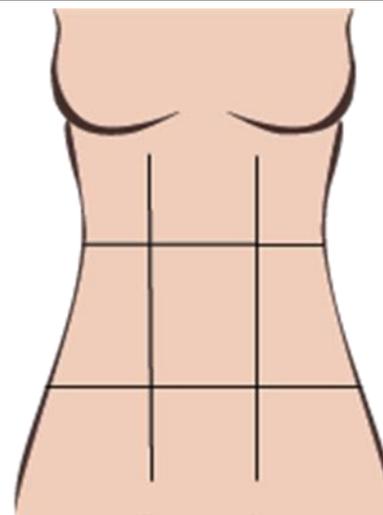
Cirurgia prévia História prévia de câncer

<p>Diagnóstico ----- -----</p> <p>Hipótese Diagnóstica----- -----</p> <p>Data do Diagnóstico início do tratamento</p> <p>Data prevista da cirurgia ----- Cirurgia proposta-----</p> <p>Tipo de estoma proposto-----permanência definitivo <input type="checkbox"/> temporária <input type="checkbox"/></p> <p>Em tratamento de:</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> adjuvante <input type="checkbox"/> neoadjuvante</p> <p><input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> adjuvante <input type="checkbox"/> neoadjuvante</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia monoclonal <input type="checkbox"/> adjuvante <input type="checkbox"/> neoadjuvante</p> <p>Inspeção da área do abdome</p> <p>Pele:</p> <p>Hidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/> Cicatrizes <input type="checkbox"/>, onde----- -----</p> <p>Contorno:</p> <p>Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Com presença de hérnia <input type="checkbox"/></p>	
<p>Orientação para o autocuidado:</p> <p>Como trocar e esvaziamento da bolsa coletora e frequência <input type="checkbox"/></p> <p>Visualização do estoma, podendo usar um espelho para auxiliar <input type="checkbox"/></p> <p>Higienização do estoma e pele periestoma <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar alimentos que a produção de gases <input type="checkbox"/></p> <p>Aumentar o consumo alimentos com fibra <input type="checkbox"/></p>	<p>Características das fezes:</p> <p><input type="checkbox"/> fezes líquidas <input type="checkbox"/> fezes semilíquidas</p> <p><input type="checkbox"/> fezes pastosas <input type="checkbox"/> fezes semissólidas</p> <p><input type="checkbox"/> fezes firmes e sólidas</p> <p>Medição do estoma em cm: _____</p> <p>Estoma apresentando alguma alteração/complicação? <input type="checkbox"/></p> <p>Possíveis alterações/complicações apresentadas:</p>

<p>Evitar força excessiva em região abdominal <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar aumento de peso em excesso <input type="checkbox"/></p> <p>3. DADOS DO PÓS-OPERATÓRIO</p> <p>Data da visita: _____</p> <p>No prontuário:</p> <p>Data da cirurgia: _____</p> <p>Tipo de estoma confeccionado:</p> <p><input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> colostomia</p> <p>Permanência do estoma:</p> <p><input type="checkbox"/> temporária <input type="checkbox"/> definitiva</p> <p>Porção do intestino retirado: _____</p> <p>Porção do intestino exteriorizado na parede abdominal _____</p> <p>Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa? <input type="checkbox"/></p> <p>Conteúdo esvaziado: <input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>Avaliação do paciente:</p> <p>Tipo de estoma observado</p> <p><input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> colostomia</p> <p>Estoma funcional? <input type="checkbox"/></p> <p>Caso esteja, está eliminando:</p> <p><input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p>	<p>Sangramento <input type="checkbox"/> isquemia <input type="checkbox"/> necrose <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> afundamento ou retração <input type="checkbox"/> separação muco-cutânea <input type="checkbox"/> estenose <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>extravasando de efluente <input type="checkbox"/></p> <p>Dispositivo não aderindo ao estoma? <input type="checkbox"/></p> <p>Outra: _____</p> <p>Pele periestoma apresentando alguma complicação <input type="checkbox"/></p> <p>Caso positivo qual?</p> <p><input type="checkbox"/> foliculite <input type="checkbox"/> dermatite <input type="checkbox"/> qual - _____ outras _____</p>
---	---



Fonte: Wesley Neves



Fonte: Wesley Neves

7º dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

14° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionante?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

<p>Outra _____</p> <p>Pele periestoma apresentando alguma complicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Caso positivo qual?</p> <p><input type="checkbox"/> foliculite <input type="checkbox"/> dermatite <input type="checkbox"/> qual tipo _____ <input type="checkbox"/> outras _____</p>
<p>21° dia do pós-operatório</p> <p>Data: _____</p> <p>No prontuário:</p> <p>Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa <input type="checkbox"/></p> <p>Quantas vezes? _____</p> <p>Conteúdo esvaziado:</p> <p><input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? _____</p> <p>Avaliação do paciente</p> <p>Medição do estoma em cm: _____</p> <p>Estoma funcionando? <input type="checkbox"/></p> <p>Caso esteja, está eliminando: <input type="checkbox"/> muco <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> outro _____</p> <p>Características das fezes:</p> <p><input type="checkbox"/> fezes líquidas <input type="checkbox"/> fezes semilíquidas <input type="checkbox"/> fezes pastosas <input type="checkbox"/> fezes semissólidas <input type="checkbox"/> fezes firmes e sólidas</p> <p>Estoma apresentando alguma alteração/complicação? <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramento <input type="checkbox"/> isquemia <input type="checkbox"/> necrose <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> afundamento ou retração <input type="checkbox"/> separação muco-cutânea <input type="checkbox"/>estenose <input type="checkbox"/></p> <p>Extravasamento de conteúdo efluentes <input type="checkbox"/> dispositivo não aderindo ao estoma</p> <p>Outra _____</p> <p>Pele periestoma apresentando alguma complicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Caso positivo qual?</p>

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

21° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcional?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

28° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

35° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionante?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

42° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

49° dia do pós-operatório

Data: _____

No prontuário:

Já aconteceu troca ou esvaziamento da bolsa?

Quantas vezes? _____

Conteúdo esvaziado:

muco fezes outro _____

Descrição de alguma complicação ou alteração no estoma ou pele periestoma

Qual? _____

Avaliação do paciente

Medição do estoma em cm: _____

Estoma funcionando?

Caso esteja, está eliminando: muco fezes outro _____

Características das fezes:

fezes líquidas fezes semilíquidas fezes pastosas fezes semissólidas fezes firmes e sólidas

Estoma apresentando alguma alteração/complicação?

Sangramento isquemia necrose edema afundamento ou retração separação muco-cutânea estenose

Extravasamento de conteúdo efluentes dispositivo não aderindo ao estoma

Outra _____

Pele periestoma apresentando alguma complicação Sim não

Caso positivo qual?

foliculite dermatite qual tipo _____ outras _____

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência

CARTA DE ANUÊNCIA

Manaus, 08 de fevereiro de 2019

À **Enf. Tereza Maria Furtado Farias Santos**
Chefe de Departamento de Enfermagem

Eu, Iraneide Ferreira Mafra, pesquisadora responsável pelo estudo intitulado "Estudo da efetividade da demarcação de estoma intestinal por estomaterapeuta em pacientes com doença oncológica" venho solicitar a Vossa Senhoria ANUÊNCIA, para executar a minha pesquisa nas enfermarias da FCECON.

Na expectativa de um pronunciamento favorável, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,
Iraneide Ferreira Mafra
Enfermeira Estomaterapeuta.

Termo de Anuência

Considerando que esta instituição possui condições de atender à solicitação da pesquisadora, minha manifestação é pelo **DEFERIMENTO**.

FACIUN/UNIFRA/COLEGIUM DE ENFERMAGEM - F020N

Tereza Maria F. F. Santos
Chefe de Departamento de Enfermagem
COLEGIUM EN 84.787

ANEXO B - Autorização para realização de pesquisa

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Declaramos para os devidos fins que autorizamos a realização do estudo “**Estudo da efetividade da demarcação de estoma intestinal por enfermeiro em pacientes oncológicos**”, sob responsabilidade dos pesquisadores Iraneide Ferreira Mafra, Dr. David Lopes Neto

Trata-se de um estudo relevante cujo **objetivo geral** é: Avaliar a efetividade da demarcação de estoma intestinal de eliminação em pacientes com doença oncológica realizada pelo enfermeiro estomoterapeuta.

O referido protocolo de pesquisa foi apreciado pelo Comitê Científico da Fundação CECON e **obteve APROVAÇÃO**.

Informamos que para início de sua execução é imprescindível a **apreciação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa e apresentação do mesmo junto a esta diretoria.**

Manaus, 01 de fevereiro de 2019.


Dra. **KÁTIA LUZ TORRES SILVA**
Diretora de Ensino e Pesquisa

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFETIVIDADE DA DEMARCAÇÃO DE ESTOMA INTESTINAL POR ESTOMATERAPEUTA EM PACIENTES COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Pesquisador: IRANEIDE FERREIRA MAFRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08836919.7.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.274.392

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora propõe como objeto de estudo para esta pesquisa, os estomas intestinais de eliminação em pacientes com doença oncológica, demarcados pelo enfermeiro estomaterapeuta. Estomas intestinais de eliminação é a exteriorização do íleo ou do cólon, através da parede abdominal por tempo indeterminado. Objetivos: geral: avaliar a efetividade da demarcação de estoma intestinal de eliminação em pacientes com doença oncológica realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta. Específicos: demarcar o local de estomas intestinais de eliminação pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção do estoma pelo cirurgião, descrever a presença de complicações nos pacientes demarcados e com orientação e em pacientes demarcados e sem orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta, descrever a presença de complicações em pacientes não demarcados e sem orientação e em pacientes não demarcados e com orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta e identificar os tipos de estomas mais confeccionados nos pacientes com doença oncológica em relação à colostomia ou ileostomia e permanência (temporária ou definitiva). Metodologia: Trata-se de uma pesquisa clínica, intervencional, longitudinal, prospectiva, descritiva e de abordagem quantitativa. Tendo como população pacientes adultos, internados na instituição, com diagnóstico e ou hipótese diagnóstica de câncer e com indicação para confecção de estoma ou outro procedimento cirúrgico que leve a confecção de um estoma intestinal de eliminação. O instrumento para a coleta de dados será um formulário contendo perguntas referentes aos dados sociodemográficos e específicos da pesquisa. Os participantes

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.274.392

serão visitados e convidados para participar da pesquisa, um dia antes do ato cirúrgico, que só se iniciará após a confirmação e assinatura do TCLE. Estes participantes terão a região do abdome avaliada e ou não demarcada e também receberão e ou não orientação para o autocuidado. A Análise dos Resultados acontecerá a partir dos dados coletados, onde se construirá um banco de dados no Software Microsoft Excel 2013, e serão analisados pelo programa SPSS, versão 21. Os dados serão alimentados em dupla entrada e sobrepostos, para evitar possíveis erros de digitação e tabulação. As variáveis categóricas serão trabalhadas por frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas, por meio da média e desvio padrão. Essas variáveis serão organizadas e demonstradas em gráficos e tabelas para melhor sintetizá-las. Na Análise Inferencial se utilizará o Teste ANOVA para comparação de complicações entre os grupos. A significância será avaliada pelo intervalo de confiança de 95% e o nível de confiança igual a 5%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a efetividade da demarcação de estoma intestinal de eliminação em pacientes com doença oncológica realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Objetivo Secundário:

- Demarcar o local de estomas intestinais de eliminação pelo enfermeiro estomaterapeuta para a confecção do estoma pelo cirurgião.
- Descrever a presença de complicações nos pacientes demarcados e com orientação e em pacientes demarcados e sem orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta.
- Descrever a presença de complicações em pacientes não demarcados e sem orientação e em pacientes não demarcados e com orientação pelo enfermeiro estomaterapeuta.
- Identificar os tipos de estomas mais confeccionados nos pacientes com doença oncológica em relação à colostomia ou ileostomia e permanência (temporária ou definitiva).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta riscos moderados, pois quando se pretende realizar uma entrevista estruturada, pode haver constrangimento, o participante pode apresentar instabilidade emocional e sentir-se sem condições de continuar com a pesquisa. Também pode apresentar alergia aos materiais utilizados (caneta, régua e bolsa de colostomia). Para os voluntários que não receberão orientação para promover o autocuidado, mas que serão demarcados, os riscos em relação à pesquisa são moderados, pois pode haver constrangimento, o participante pode apresentar instabilidade emocional e podendo apresentar alguma reação alérgica aos materiais utilizados e

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.274.392

sentir-se sem condições de continuar com a pesquisa. Já os participantes que receberão orientação para o autocuidado, mas que não serão demarcados, também terão riscos moderados em relação à pesquisa, pois passarão por entrevista, podendo se sentirem constrangidos, se apresentarem instáveis emocionalmente, mas se espera que não apresentem reações alérgicas, pois não se usará nestes participantes, os materiais para a demarcação. Caso o participante expresse ou a pesquisadora observe tais condições, a pesquisa será suspensa imediatamente e a pesquisadora solicitará apoio de outros profissionais como, a psicologia e a medicina da própria instituição caso seja necessário.

Benefícios: Os benefícios da realização dessa pesquisa, são possíveis implantações e acompanhamento de enfermeiros estomaterapeutas em unidades de saúde e principalmente, em unidades com tratamentos oncológicos, tendo o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente após a confecção de um estoma. Além da possível descoberta de métodos mais eficazes para o acompanhamento de enfermagem, proporcionando um atendimento mais seguro, qualificado e eficaz. Outros benefícios são os esperados quando se desenvolve um estudo. Melhor planejamento das políticas de saúde, elaboração e implementação de ações para o coletivo ou determinada população, prevenção de doenças ou agravos, avanços tecnológicos, medicamentosos e outros. Possíveis publicações dos resultados em periódicos de circulação, oferecendo o acesso ao meio acadêmico, pesquisadores e comunidade geral, e assim contribuindo para o aprendizado e conhecimento dos mesmos, quanto à temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora informa que se trata de uma pesquisa clínica, longitudinal, transversal, prospectiva, descritiva e de abordagem quantitativa. A pesquisa será desenvolvida em uma instituição pública de saúde, da rede de atenção à saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, do tipo Centro de Referência em Oncologia, localizada na cidade de Manaus, estado do Amazonas, com serviço ambulatorial e hospitalar, com internações para tratamentos especializados, como centro cirúrgico, quimioterápico, radiológico, odontológico e paliativo. O estudo acontecerá nas enfermarias da instituição para pacientes adultos, que conta com quatro enfermarias divididas em áreas para acomodação feminina e masculina, localizadas nos andares 5º, 6º, 7º e 8º. O número de leitos das enfermarias se totaliza em 90 (noventa) leitos, dos quais 8 (oito) são isolamentos para atenderem pacientes com indicação específica. A maior parte do número de leitos está nas enfermarias nos andares 5º e 7º com 25 leitos cada uma. Esses noventa leitos são distribuídos entre as especialidades, que a instituição oferece como: ginecologia;

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.274.392

mastologia; cirurgia plástica; quimioterapia, cirurgia oncológica, ortopedia e outras especialidades. Além dos leitos as enfermarias contam com o posto de enfermagem e da medicina, área de descanso para os profissionais, pequeno expurgo para guardar materiais usados e para serem encaminhados ao CME e uma copa. Observa-se que, o espaço de cada enfermaria se mostra adequado para o desenvolvimento da pesquisa, podendo garantir a privacidade e integridade dos participantes, sem exposição dos mesmos aos demais que se encontram internados. A população do estudo será composta por pacientes internados na instituição no pré-operatório com indicação cirúrgica para confecção de estomas intestinais de eliminação ou outros procedimentos cirúrgicos, mas que resultarão em um estoma intestinal de eliminação, tendo como amostra 30 (trinta) participantes. Se estabelece esse quantitativo da amostra, pois os participantes serão divididos em dois grupos, e o número de sujeitos de um grupo deverá ser igual ao número de sujeitos do outro grupo. Para determinar o número amostral, foi calculada a média de colostomias, identificadas nos mapas cirúrgicos confeccionadas por ano, tomando-se por base os mapas cirúrgicos dos últimos quatro anos (2014 a 2017), sem incluir os outros procedimentos cirúrgicos, que resultam também em estomas intestinais, observando-se que em média foram realizadas 31 colostomias. Estabelece-se um período de coleta de 10 (dez meses) devido à média anual de colostomias encontradas nos mapas, dos anos de 2014 a 2017. Como já citado nesse cálculo não foram inclusos outros procedimentos que resultam em estomas, embora estavam nos mapas cirúrgicos da instituição, mas não estavam especificados como geradores de estomas intestinais de eliminação, mas que pela modalidade cirúrgica, esses procedimentos vão levar à confecção de um estoma intestinal de eliminação e que serão incluídos na pesquisa, o que leva a entender que o número da amostra será alcançado no prazo estabelecido. Maiores informações, vide projeto de pesquisa original anexo. A partir dos dados coletados será construído um banco de dados e tabulados pelo Software Microsoft Excel 2013 e analisado pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 21. Salienta-se que os dados serão revisados por estatístico independente. Os dados serão alimentados em dupla entrada e sobrepostos e assim evitar possíveis erros de digitação e tabulação. As variáveis categóricas serão trabalhadas por frequência absoluta e relativa. Já as variáveis quantitativas serão trabalhadas por meio da média e desvio padrão. Essas variáveis serão organizadas e demonstradas por meio de gráficos e tabelas para melhor sintetizá-los. Na Análise Inferencial se utilizará o Teste ANOVA de um fator, para análise de variância entre as amostras demarcadas e não demarcadas. A significância será avaliada pelo intervalo de confiança de 95% e o nível de confiança igual a 5% (VOLPATO; BARRETO, 2016).

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.274.392

Crítérios de Inclusão e Exclusão: ATENDEU INTEGRALMENTE AS SOLICITAÇÕES DO PARECER ANTERIOR

Crítério de Inclusão: pacientes de ambos os sexos, adultos (idade igual ou superior a 18 anos), internados na instituição selecionada para o estudo, com diagnóstico/hipótese diagnóstica de câncer e com indicação para confecção de um estoma intestinal de eliminação, ou outro procedimento, que resulte em estoma intestinal de eliminação e que estejam no mapa cirúrgico. Pacientes que possam ficar nas posições recomendadas, para a demarcação do sítio operatório para a confecção do estoma. E aqueles pacientes, que estiverem conscientes e em condições de manifestarem sua vontade livre e voluntariamente em participar da pesquisa.

Crítério de Exclusão: serão considerados como critérios de exclusão para este estudo, aqueles pacientes que tiverem a cirurgia suspensa por qualquer motivo. Pacientes com indicação de estoma intestinal em situação de emergência ou aqueles que forem a óbito. Ainda se considera como critério de exclusão, pacientes que se declarem de etnias indígenas, devido à necessidade de liberação dos órgãos específicos e responsáveis por esta população.

Cronograma – Período de coleta programado para início em 30/05/2019 e término em 29/02/2020.

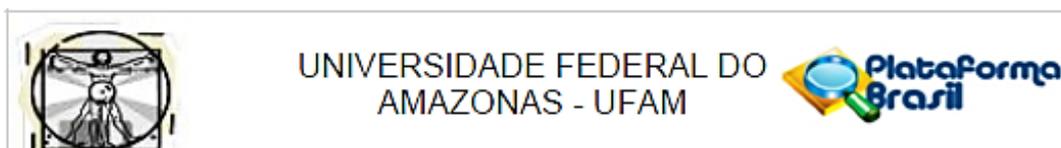
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- **Informações Básicas do Projeto:** Apresentadas no arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1281762.pdf, de 10/04/2019 às 23:15:45. Traz as informações para o desenvolvimento da pesquisa. Prevê orçamento de de dois mil e oitocentos e vinte e cinco reais e quarenta centavos (R\$ 2.825,40) com financiamento próprio. ATENDEU AS SOLICITAÇÕES DO PARECER ANTERIOR
- 2- **Carta -** Apresentada no arquivo CARTA.docx de 10/04/2019 às 23:14:49. Descreve as alterações que foram realizadas.
- 3- **Cronograma -** Apresentado no arquivo CRONOGRAMA_MODIFICADO.pdf de 30/03/2019 às 21:30:22. Período de coleta programado para início em 30/05/2019 e término em 29/02/2020.
- 4- **Projeto Detalhado –** Apresentado no arquivo Projeto_modificado.docx de 10/04/2019 às 23:13:48, com as alterações grifadas em amarelo. ATENDEU AS SOLICITAÇÕES DO PARECER ANTERIOR.

Endereço: Rua Teresina, 496
 Bairro: Adrianópolis
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: oep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.274.392

- 5- Folha de rosto – Apresentado no arquivo folhaDeRosto.pdf de 10/04/2019 às 23:12:46. Consta assinatura do pesquisador principal e da Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem PPGENF EEM/UFAM - UEPA
- 6- TCLE- Apresentado no arquivo TCLE.pdf de 20/02/2019 às 19:42:32. ADEQUADO
- 7- Termo de Anuência - Apresentado no arquivo CARTA_ANUENCIA.pdf de 20/02/2019 às 19:41:43. Não foi emitido em papel timbrado, consta a assinatura e o carimbo da Chefe do Departamento de Enfermagem da Fundação e Controle de Oncologia – FCECON, autorizando a realização do estudo.
- 8- Declaração Institucional - Apresentado no arquivo DECLARAÇÃO_INSTITUCIONAL.pdf de 20/02/2019 às 19:41:17. Emitido em papel timbrado, consta a assinatura e o carimbo da Diretora de Ensino e Pesquisa da Fundação e Controle de Oncologia – FCECON, autorizando a realização do estudo.
- 9- Orçamento - Apresentado no arquivo ORCAMENTO.pdf de 20/02/2019 às 19:30:45. Prevê orçamento de de dois mil e oitocentos e vinte e cinco reais e quarenta centavos (R\$ 2.825,40) com financiamento próprio.
- 10- Instrumento – Conta como anexo do projeto de detalhado, apresentado no arquivo Projeto_Completo.pdf de 20/02/2019 às 19:19:26.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer que o projeto seja APROVADO, por ter atendido totalmente a Res. 466/2012.

É o parecer

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1281762.pdf	11/04/2019 00:15:45		Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.274.392

Outros	CARTA.doc	11/04/2019 00:14:49	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.docx	11/04/2019 00:13:48	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	11/04/2019 00:12:46	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.pdf	30/03/2019 22:30:22	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/02/2019 20:42:32	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	20/02/2019 20:41:43	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUCIONAL.pdf	20/02/2019 20:41:17	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/02/2019 20:30:45	IRANEIDE FERREIRA MAFRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 21 de Abril de 2019

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: oep.ufam@gmail.com