

Organizadores:

Mariana Reis Soares
Priscila Xavier de Araujo

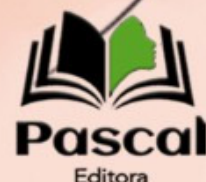


Ostomias

*de Eliminações Intestinais
e o cuidado com paciente
ostomizado*



2022



**MARIANA REIS SOARES
PRISCILA XAVIER DE ARAUJO
(Organizadores)**

**OSTOMIAS DE ELIMINAÇÕES
INTESTINAIS E O CUIDADO
COM PACIENTE OSTOMIZADO**

**EDITORA PASCAL
2022**

2022 - Copyright© da Editora Pascal

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586c

Coletânea Ostomias de Eliminações Intestinais e o cuidado com paciente ostomizado /Mariana Reis Soares e Priscila Xavier de Araujo (Orgs.). São Luís - Editora Pascal, 2022.

f. : il.: (Ostomias de Eliminações Intestinais e o cuidado com paciente ostomizado; v. 1)

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-80751-

D.O.I.:

1. . 2. . 3. . I. Soares, Mariana Reis. II. Araujo, Priscila Xavier de. III. Título.

CDU:

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2022

www.editorapascal.com.br

contato@editorapascal.com.br

PREFÁCIO

A construção de um desvio no trânsito intestinal é um dos mais antigos procedimentos realizados no aparelho digestivo, na tentativa de aumentar a sobrevivência de pacientes em situações que, de outra forma, estariam sem esperança.

Na construção de uma ostomia de eliminação intestinal o procedimento cirúrgico exterioriza o intestino através da parede abdominal, estabelecendo uma comunicação com o meio externo, objetivando desviar o conteúdo fecal para fora do corpo. A abertura da colostomia pode ser temporária ou permanente, dependendo do motivo de sua criação.

Câncer de cólon ou reto, doenças inflamatórias crônicas do intestino, gangrena de fournier, doença diverticular, danos por irradiação e trauma estão entre os principais problemas de saúde que levam à necessidade de uma colostomia temporária ou permanente.

A construção adequada de uma ostomia é vital na qualidade de vida do paciente. E o paciente deve estar bem orientado sobre detalhes do procedimento, quais as razões da sua necessidade, tipo de ostomia, se temporária ou permanente, as possíveis complicações e os cuidados no manuseio e manutenção da ostomia.

Neste livro serão descritas as ostomias do segmento distal do intestino delgado (íleo), denominados ileostomias, e os do intestino grosso, colostomias; principais causas que levam a necessidade de uma ostomia e técnicas cirúrgicas. Assim como as possíveis complicações e os cuidados necessários com as ostomias de eliminações intestinais.

Espera-se que este exemplar possa ser um instrumento orientador a todos que se interessarem pelo assunto proposto ou de alguma forma necessitar de informações sobre ostomias de eliminações intestinais.

ORGANIZADORES

Mariana Reis Soares



Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Imperatriz – FACIMP. Pós-graduação em Gestão em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Coletiva e da Família. Pós-Graduação em Saúde Mental. Cursa Pós-Graduação em Estomaterapia pela Faculdade Gianna Beretta. Mestranda do Programa de Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Priscila Xavier de Araujo



Farmacêutica. Especialista em Farmácia Magistral. Mestre em Farmacologia pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Professora do Programa de Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenadora do Laboratório de Farmacologia Clínica e Morfofuncional da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

AUTORES

Adria Carolina de Melo Dias

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Alef Oliveira do Nascimento

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Anairam Reis Soares

Graduada em Direito pela Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão – UNISULMA. Pós-graduada em Advocacia Trabalhista e Previdenciária pela Universidade Candido Mendes. Cursa pós-graduação em direito médico e saúde – LEGALE EDUCACIONAL

Ana Karoline Brito de Oliveira

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Anderson Batista Pereira da Silva

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Ayniere Sousa Soares

Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência. Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII. Presidente da Liga do Trauma do Sudeste do Pará (LITRASP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Anderson Bentes de Lima

Farmacêutico, Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Professor do Programa de Mestrado em Cirurgia e Pesquisa experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Carlos Emanuel Chaves da Silva

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Carolina Leão Menezes Andrade

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Cesar Augusto Medeiros Paiva Rodrigues

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Eduarda Batista Logrado

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Ellen Agatta Marinho Silva

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Ewerton Lima da Silva

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques

Graduada em Enfermagem pela Universidade CEUMA. Pós-graduação em Nefrologia pela Instituto de Ensino Formação e Aperfeiçoamento LTDA - IEFAP. Cursa pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia pela Faculdade Gianna Beretta e pós-graduação em enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Venda Nova Imigrante – FAVENI.

Gabriel Oliveira Bezerra

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Hárinna Carla Oliveira da Silva

Graduada em Enfermagem pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Pós-graduação em Auditoria em Saúde pela Universidade Norte do Paraná. Pós-graduação em Enfermagem Oncológica pela Faculdade Unyleya. Mestranda pelo programa de Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade Estadual do Pará (UEPA).

Isaac Prado Ramos

Graduação em Medicina pela Universidade de Fortaleza. Pós-graduação em Atenção Primária à Saúde - Escola de Saúde Pública (CE) - Professor do internato de Clínica Médica-

UEPA. Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental – UEPA.

Ivete Furtado Ribeiro Caldas

Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Respiratória em Pediatria e Neonatologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Mestre em Teoria e Prática do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Doutora em Neurociências e Biologia Celular pela UFPA, Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Professora Permanente do Programa de Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE).

Jedaías Leão Furtado

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Jessé Pantoja

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Júlio César Santos

Graduado em Administração pela Faculdade Metropolitana de Marabá – PA; Graduado em Enfermagem pela Universidade CEUMA -Campus de Imperatriz.

Júlio de Araujo Rendeiro

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII. Diretor de Pesquisa da Liga Acadêmica de Cirurgia de Marabá (LACIM). Coordenador do Laboratório de Fisiologia e Saúde Baseada em Evidências (LABFISBE).

Kellice Feitosa de Araújo

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Kleber Henrique da Silva Bezerra

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

LindelyWane Carvalho Leite

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Louise Vitória Pereira Santos

Graduanda do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas do Pará (FACIMPA).

Luanda da Silva Brasil

Graduada em Enfermagem pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Pós-graduação em Urgência e Emergência, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA) . Membro efetivo da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas do Hospital Regional onde atua. Cursando faculdade de Medicina - FACIMPA.

Lucas Rafael de Freitas Lima

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Marcelo Vaughan Lima de Oliveira

Biomédico. Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Marcus Vinicius Henriques Brito

Médico. Mestre e Doutor em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Titular da Universidade do Estado do Pará. Ex Coordenador dos Mestrados Profissionais da Área de Medicina III da CAPES (2017-2021); Avaliador de Cursos, IES e do "Programa Mais Médicos" pelo MEC e Avaliador internacional pelo ARCU-SUR; professor convidado da Universidade Estadual de Campinas; Presidente da Regional Pará da Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Pesquisa em Cirurgia; Prof. Associado Doutor da Universidade Federal do Pará; membro efetivo da Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva, Revisor da Para Research Medical Journal - Santa Casa de Misericórdia do Pará e Editor associado da Acta Cirúrgica Brasileira; consultor "ad hoc" da Universidade Federal do Paraná; Diretor clínico - Clínica Unigastro Pará Ltda; Revisor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Revista de Ciências Médicas; Delegado efetivo junto a AMB da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará; professor convidado da pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso; professor convidado da Universidade Federal de São Paulo.

Marcus Vinícius Miranda de Oliveira

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Maria Angélica Carneiro da Cunha

Médica. Especialista em Pediatria e Medicina Intensiva Pediátrica pela Universidade Estadual de São Paulo (USP). Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenadora de Estágios do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA),

Campus VIII. Mestranda do Programa de Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenadora do Ambulatório Pediátrico de Dispositivos Especiais (AMPEDE)-UEPA.

Marla Cavalca Pantoja

Graduanda do curso de Medicina do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ).

Matheus Sodré de Araujo

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Matheus Leite de Oliveira

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII. Diretor de Marketing da Liga do Trauma do Sudeste do Pará (LITRASP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Maurício Roberto Ribeiro Guimarães

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará, residência em Cirurgia Geral no Hospital Universitário João de Barros Barreto, pós-graduação em Medicina Intensiva pela Universidade Gama Filho (2011) e residência em Urologia no Ophir Loyola Hospitalar. É Membro Adjunto do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e Membro Titular da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB).

Mauro de Souza Pantoja

Médico. Mestre em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (1988) e Doutor em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (2005). Atualmente é coordenador clínico - Nutrir Prestadora de Serviços Médicos Ltda. e Coordenador da EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional) e Professor Adjunto IV da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia. Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral. Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP/Anhembi Morumbi. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA).

Otávio Luiz de Queiroz

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Laboratório de Farmacologia Clínica (LAFAC) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus VIII.

Pedro Henrique Nunes Rocha

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Pedro Rafael Rocha Stermer

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Romário Versailles Silva Costa

Fisioterapeuta. Especialista em Cinesiologia e Fisiologia da Atividade Física pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestrando no Programa de Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Fisioterapeuta na Athletica Life & Sports e na Clínica Sofisio.

Saile Alvarenga Riklaw

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Wivison Micael Leal da Silva

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

APRESENTAÇÃO

Aostomia é uma abertura criada cirurgicamente no abdome, por onde uma parte do colon intestinal é introduzida para permitir a passagem das fezes. Existem três tipos básicos de ostomias, a terminal, em alça ou em dupla-boca.

A abertura da ostomia pode ser temporária ou permanente, dependendo da causa de sua construção. Uma ostomia temporária permitirá que a parte do intestino afetado, após alguma intervenção ou condição clínica, cicatrize. Uma ostomia permanente é necessária quando a doença afeta a extremidade inferior do intestino e / ou reto, ou o paciente tem comorbidades que o colocariam em um risco maior se fizesse a reconstrução do trânsito intestinal.

As ostomias mais comuns são aquelas realizadas no colo transverso, nos hipocôndrios direito e esquerdo, próximo à linha média. Mas também deve ser citada a ostomia envolvendo o colo ascendente, à direita na cavidade abdominal. Já a ostomia envolvendo o colo sigmoide é menos utilizada, pois o mesocólon sigmoide possui baixa vascularização e, assim, maior risco de isquemia.

A vivência com uma ostomia de eliminação intestinal, seja temporária, seja definitiva, caracteriza-se como uma etapa difícil, mas que pode ser superada com boa assistência multiprofissional e com apoio e compreensão da família. O principal desafio de viver com uma ostomia de eliminação intestinal pauta-se na dificuldade de adaptação ao equipamento coletor, diferenciação da autoimagem e recuperação da independência e da prática sexual. O controle dos esfíncteres é uma condição julgada essencial para o convívio social; a perda dessa função pode levar a pessoa ao isolamento, acreditando ser incapaz de retomar as atividades do cotidiano realizadas antes da cirurgia.

A efetividade do autocuidado dessas pessoas é influenciada pelo apoio familiar, pelas pessoas significativas, assim como pelo suporte especializado dos profissionais de saúde para o alcance da reabilitação e adaptação à sua nova condição. Apesar disso, o autocuidado, que é o início do processo de reabilitação, muitas vezes não é facilitado, pois as repercussões dessa deficiência na vida das pessoas constituem barreiras sociais na retomada do seu cotidiano.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 16

O QUE SÃO OSTOMIAS?

Mariana Reis Soares
Romário Versailles Silva Costa
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 2..... 20

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS OSTOMIAS

Mariana Reis Soares
Jessé Pantoja
Saile Alvarenga Riklaw
Kleber Henrique da Silva Bezerra
Marcelo Vaughan Lima de Oliveira
Priscila Xavier de Araujo
Ivete Furtado Ribeiro Caldas

CAPÍTULO 3..... 30

PRINCIPAIS CAUSAS DA CONFECÇÃO DE OSTOMIAS INTESTINAIS

Maria Angélica Carneiro da Cunha
Mariana Reis Soares
Gabriel Oliveira Bezerra
Jedaías Leão Furtado
Kellice Feitosa de Araújo
Wivison Micael Leal da Silva
Marcus Vinícius Henriques Brito
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 4..... 46

EVOLUÇÃO E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

César Augusto Medeiros Paiva
Alef Oliveira do Nascimento
Anderson Batista Pereira da Silva
Matheus Sodré de Araujo
Pedro Henrique Nunes Rocha
Louise Vitória Pereira Santos
Mariana Reis Soares
Anderson Bentes de Lima
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 5..... 65

NUTRIÇÃO DOS PACIENTES OSTOMIZADOS

Hárinna Carla Oliveira da Silva
Carolina Leão Menezes Andrade

Marla Cavalcante Pantoja
Eduarda Batista Logrado
Ewerton Lima da Silva
Mariana Reis Soares
Mauro Pantoja
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 6..... 73

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE COM OSTOMIA INTESTINAL

Isaac Prado Ramos
Adria Carolina de Melo Dias
Ana Karoline Brito de Oliveira
Julio de Araujo Rendeiro
Mariana Reis Soares
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 7..... 101

SERVIÇO DE ATENÇÃO AOS PACIENTES OSTOMIZADOS

Mariana Reis Soares
Romário Versailles Silva Costa
Luanda da Silva Brasil
Anairam Reis Soares
Ivete Furtado Ribeiro Caldas
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 8..... 104

ACESSIBILIDADE DE PACIENTES COM OSTOMIAS INTESTINAIS

Luanda da Silva Brasil
Maurício Roberto Ribeiro Guimarães
Hárinna Carla Oliveira da Silva
Mariana Reis Soares
Ivete Furtado Ribeiro Caldas

CAPÍTULO 9..... 109

TIPOS DE FEZES

Isaac Prado Ramos
Carlos Emanuel Chaves da Silva
Lindely Wane Carvalho Leite
Ellen Agatta Marinho Silva
Priscila Xavier de Araujo
Anderson Bentes de Lima

CAPÍTULO 10..... 115

OSTOMIAS E A PRÁTICA DE ESPORTES

Matheus de Oliveira Leite
Otávio Luiz de Queiroz
Pedro Rafael Rocha Stermer
Priscila Xavier de Araujo
Anderson Bentes de Lima

CAPÍTULO 11..... 118

PACIENTE E O CUIDADOR

Ayniere Sousa Soares
Marcus Vinícius Miranda de Oliveira
Lucas Rafael de Freitas Lima
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 12..... 123

ADAPTAÇÃO E AUTOCUIDADO

Anairam Reis Soares
Júlio César Santos
Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques
Mariana Reis Soares
Romário Versailles Silva Costa
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 13..... 128

OSTOMIZADOS E SEXUALIDADE

Mariana Reis Soares
Anairam Reis Soares
Júlio César Santos
Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques
Romário Versailles Silva Costa
Priscila Xavier de Araujo
Anderson Bentes de Lima

CAPÍTULO 14..... 132

DEMARCAÇÃO DAS OSTOMIAS INTESTINAIS

Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques
Mariana Reis Soares
Priscila Xavier de Araujo

CAPÍTULO 1

O QUE SÃO OSTOMIAS?

Mariana Reis Soares

Romário Versailles Silva Costa

Priscila Xavier de Araujo

Derivado da palavra grega “stoma”, que significa “boca” ou “abertura”, o termo “ostomia” é atualmente usado para nomear a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo. A confecção de uma ostomia consiste na abertura de um orifício cujo objetivo é proporcionar comunicação artificial entre órgãos ou vísceras com o meio externo, a fim de executar eliminação e excreção, permitindo que uma pessoa realize as funções fisiológicas de forma eficaz (AGUIAR et al., 2019).

Acredita-se que a primeira colostomia tenha sido realizada em 1710 por Littre, que criou uma ostomia para tratamento da anustresia. Um segundo relato data de 1750, quando Chelseden retirou 55 cm do intestino de uma paciente de 77 anos após trauma, criando uma abertura em sua parede abdominal. E Em 1776, Pillore conduziu uma colostomia bem-sucedida em uma paciente com um tumor maligno no reto, com a colocação de ostomia na região do apêndice. Somente em 1793, Duret realizou a primeira colostomia de sucesso para correção da anustresia em um bebê, após a falha de Dubois em 1783. Em 1921, Henri Hartmann, um cirurgião francês, descreveu uma técnica para o tratamento do câncer retal, que consistia em uma sigmoidectomia associada a uma colostomia terminal na fossa ilíaca esquerda e com fechamento do coto retal. Após, o procedimento de Hartmann teve reconhecimento, principalmente em situações de emergência, seja por doenças benignas ou malignas que afetam o intestino grosso (D’ALESSANDRO et al., 2020).

De início, as ostomias intestinais são feitas em alças, com mobilidade e comprimento adequados, que facilitem sua exteriorização através da parede abdominal. Nesse sentido, os segmentos mais apropriados para a confecção de uma ostomia intestinal são o íleo, o cólon transverso e o sigmoide. No intestino grosso, a ostomia é chamada de colostomia, podendo ocorrer no cólon ascendente, transverso, descendente ou sigmoide, sendo, nesses casos, respectivamente denominada cecostomia, colostomia direita, transversostomia (ou colostomia transversa), colostomia esquerda ou sigmoideostomia. No intestino delgado, a ostomia é confeccionada na porção terminal do íleo, recebendo neste caso o nome de ileostomia (RODRIGUES; BICALHO; OLIVEIRA, 2019).

Outrossim, as ostomias intestinais de eliminação possuem como finalidade desviar o trânsito intestinal, de forma temporária ou definitiva, para fins curativos ou paliativos, especialmente quando alguma parte do intestino apresenta disfunção. Dentre as principais causas, estão as neoplasias do cólon e reto, diverticulite, perfuração intestinal, oclusão intestinal, fístulas, doença inflamatória do intestino e polipose adenomatosa. Deste modo, é evidente que viver com uma ostomia constitui um desafio para a maioria das pessoas e que estas necessitam de cuidado e atenção devidamente qualificados de profissionais de saúde, assim suprindo a demanda de assistência e a educação para o autocuidado.

Consoante à Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009, é direito de uma pessoa ostomizada, isto é, aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico, possui uma ostomia, a atenção integral à sua saúde, ora por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar, ora por meio do atendimento às suas necessidades de maneira qualificada através dos processos de atenção, incluindo a prescrição, o fornecimento e a adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

Por fim, nos termos do artigo 5º, § 1º, inciso I, alínea “a”, do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, considerando sua limitação ou incapacidade para o desempenho de atividades, as pessoas com ostomia foram enquadradas na categoria de deficiência física, obtendo deste modo toda a proteção social conferida a uma pessoa com deficiência no ordenamento jurídico brasileiro, seja nas esferas Federal, Estadual ou Municipal. (BRASIL, 2004).

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Franciele Aparecida Saraiva de et al. Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 105-110, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 18 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Decreto-lei no. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000 e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.
- CAETANO, Milena Gama. Avaliação do perfil de pacientes enterostomizados em hospital geral de urgência de Sergipe. 2019.
- CREMA, Eduardo; SILVA, Rosemary. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed. Uberaba: Pinti, 1997.
- CUNHA, Regina Ribeiro et al. Manual de orientação a pessoa com estomia na região amazônica. 2019.
- D’ALESSANDRO, A. et al. Trans-stomal single-port laparoscopic Hartmann’s reversal is na efficacious and efficient procedure: a case-controlled study. *Techniques in Coloproctology*, v. 24,n. 5, p. 455–462, 1 maio 2020.
- DA PAIXÃO, Maria Aparecida et al. Complicações decorrentes dos estomas digestivos de eliminação Importância do cuidado pelo Estomaterapeuta. 2020.
- DA SILVA, Wendy Larissa Costa et al. Assistência de enfermagem prestada ao paciente estomizado no período perioperatório. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7450-e7450, 2021.
- DE GODOY JUNIOR, Paulo Cezar; DE SOUSA, Alexandre Venâncio. Revisão da literatura sobre colostomias e suas complicações no período de 2015 a 2021. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 3, 2021.
- DE OLIVEIRA, Isabella Valadares et al. Cuidado e saúde em pacientes estomizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018.
- DO AMARAL, Lucas Camargo Gamba Martins; SAKAE, Thiago Mamôru; DE SOUZA, Gustavo Botega. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com Índice de Comorbidades de Charlson. **RELATOS DE CASOS**, v. 65, n. 2, p. 294-297, 2021.
- FLACH, Diana Mary Araújo de Melo et al. Avaliação em saúde: avaliabilidade de serviços de saúde para pessoas com ostomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- FURTADO, Sandra Marina da Silva Rosado; PETUCO, Vilma Madalosso; SILVA, Maria Elizete Nunes da. Dermatites periestomias. In: TRISTÃO, Fernanda Sant’Ana; PADILHA, Maria Angélica Silveira. **Prevenção e tratamento de lesões cutâneas**: perspectivas para o cuidado. Porto Alegre: Moriá, 2018. cap. 8, p. 153-178.
- LIRA, G. H. S. D. et al. Prolapso de Colostomia em Paciente com Adenocarcinoma de Cólon Direito. **Journal of Coloproctology**, v. 41, n. S 01, p. A443, 2021.

NASCIMENTO, EuzaGleiziane Alves et al. ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES OSTOMIZADOS. In: **Congresso Paulista de Estomaterapia**. 2021.

NEIVA, Erika Costa et al. COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGICAS NO PACIENTE OSTOMIZADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. *ÚNICA Cadernos Acadêmicos*, v. 3, n. 1, 2020.

RODRIGUES, D. G. P. L. et al. Prolapso de Colostomia Terminal Associado a Hérnia Paracolostômica. Mudança de Sítio como Ótima Alternativa–Relato de Caso. **JournalofColoproctology**, v. 41, n. S 01, p. A278, 2021.

RODRIGUES, Helena Aparecida; BICALHO, Elizaine Aparecida Guimarães; OLIVEIRA, Renata Ferreira. Cuidados de enfermagem em pacientes ostomizados: uma revisão integrativa de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 5, n. 1, p. 110-120, 2019.

SAMPAIO, Luis Rafael Leite et al. Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 63-71, 2019.

SILVA, Iara Florencio da; SILVA, Maryara Glória Santos da; SILVA, Rubiane Gouveia de Souza. Atuação do enfermeiro na promoção do autocuidado de pacientes com ostomias intestinais. 2021.

SOBRADO JUNIOR, Carlos Walter et al. Tratamento local do prolapso de colostomia com a técnica MESH STRIP: Uma nova e altamente eficiente técnica de hospital-dia. **Clínicas**, v. 75, 2020.

CAPÍTULO 2

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS OSTOMIAS

Mariana Reis Soares

Jessé Pantoja

Saile Alvarenga Riklaw

Kleber Henrique da Silva Bezerra

Marcelo Vaughan Lima de Oliveira

Priscila Xavier de Araujo

Ivete Furtado Ribeiro Caldas

OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

COLOSTOMIA

O crescente aumento de casos de câncer intestinal, de cólon ou reto, doença de Crohn, diverticulite, retocolite ulcerativa, doenças inflamatórias do intestino, obstrução, ferimentos ou defeitos congênitos levam os pacientes a necessidade de uma colostomia (AGUIAR et al., 2019). A colostomia é um processo onde uma ostomia, abertura cirurgicamente, é realizada no intestino grosso criando uma saída para as fezes, facilitando a função do aparelho digestivo. O processo de colostomia pode ser permanente ou temporário conforme a necessidade do paciente. Existe diferentes tipos de colostomia que variam com o processo cirúrgico e posicionamento da ostomia (AGUIAR et al., 2019).

Os principais tipos cirúrgicos de colostomia são a de Hartmann (terminal), em alça, em duplo barril e a de Paul-Mikulicz. A indicação, a experiência do cirurgião, o estado geral do paciente e a localização do intestino em que será realizada a colostomia são fatores determinantes na escolha do tipo. O auxílio terapêutico das ostomias, principalmente das colostomias aos distúrbios colorretais, são bastante consistentes, porém tal procedimento pode acarretar múltiplas complicações. Estas apresentam elevados índices de morbimortalidade, o que contribui para a diminuição da qualidade de vida dos pacientes ostomizados (CUNHA et al., 2019).

Em relação aos procedimentos no cólon, o desvio é empregado principalmente em traumas e cirurgias eletivas em reto distal, tendo como objetivo a proteção de anastomoses intestinais da contaminação fecal e subseqüentes complicações. Já a descompressão colônica é utilizada para a restauração do fluxo fecal em tumores obstrutivos e volvo de sigmoide (DE OLIVEIRA, 2018).

Para Crema e Silva (1997), em 1783 que Antonie Dubois, médico-cirurgião de Napoleão Bonaparte, realizou uma colostomia em uma criança de três dias que nascera sem a perfuração anal. Apesar dos relatos históricos de ostomias bem-sucedidas, foi apenas a partir de 1950 que os procedimentos de ostomização foram considerados cirurgias modernas.

Independentemente do tipo de colostomia realizada, o objetivo é a exclusão total do trânsito fecal, a fim de evitar a contaminação dos tecidos adjacentes pelo extravasamento de fezes e permitir condições locais para a cicatrização completa da lesão. Esse ato cirúrgico pode ser feito em contexto de emergência ou em cirurgia eletiva para correção de inúmeras doenças congênitas ou adquiridas (RODRIGUES et al., 2021).

QUANTO A TÉCNICA CIRÚRGICA

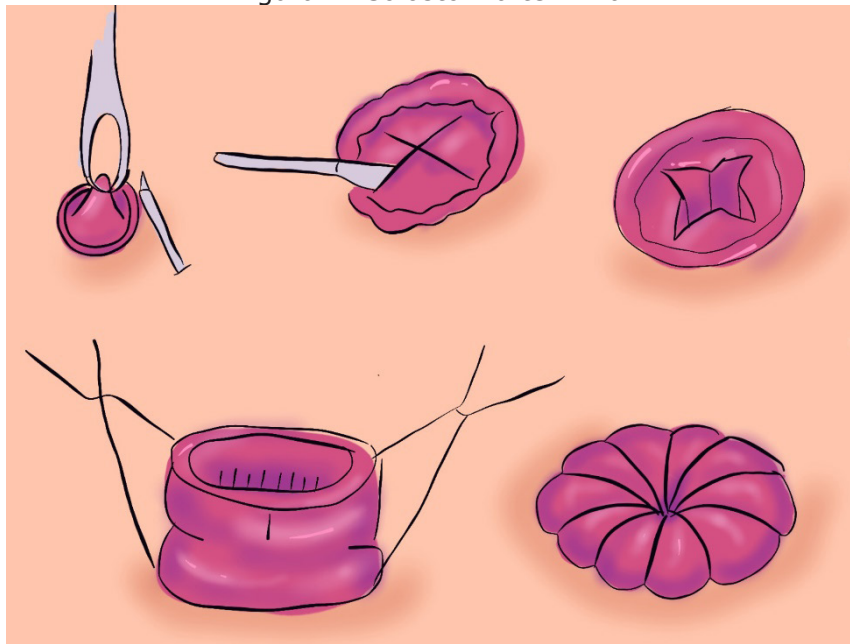
Colostomia terminal

É constituída por apenas uma boca ou abertura. Em geral, é definitiva, exceto nos casos de colostomia de Hartmann, que se apresenta na mesma forma, mas tem a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal. Essa técnica poderá ser realizada nas



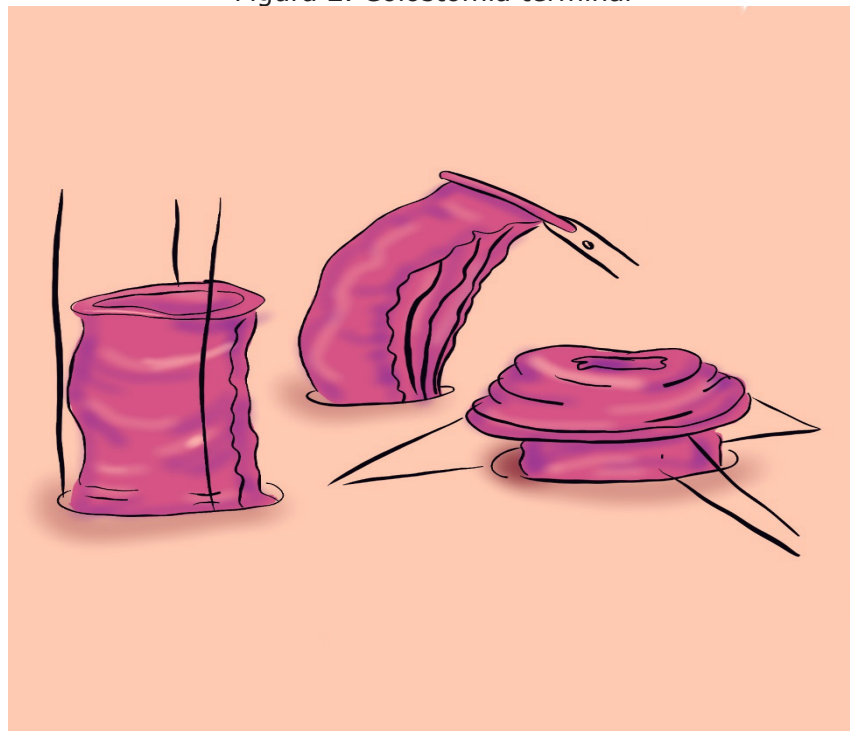
colostomias e nas ileostomias.

Figura 1. Colostomia terminal



Fonte: autores

Figura 2. Colostomia terminal



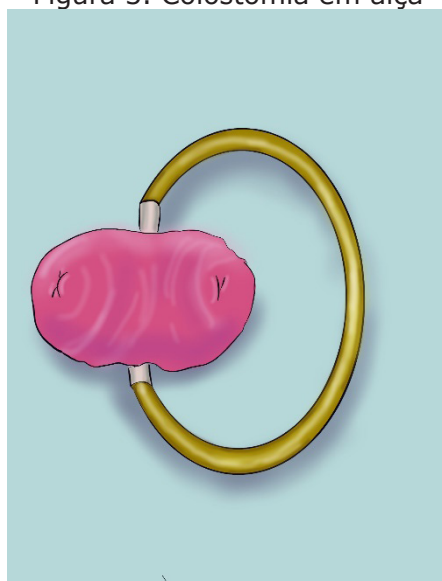
Fonte: autores

Colostomia em alça

Cirurgia realizada na porção do cólon no intestino grosso, fixando uma alça para o meio externo do abdômen. Normalmente são temporários e situados no cólon transverso. A alça do intestino transverso é fixada no abdômen. Possui duas aberturas, a extremidade proximal drena fezes, e a porção distal drena muco, temporariamente poderá ter uma haste de sustentação, sob a alça intestinal, para impedir seu deslocamento. Para isso, utiliza-se um cateter plástico ou de borracha, que será retirado entre sete e dez dias após o procedimento cirúrgico (RODRIGUES et al., 2021).

A vantagem na utilização da colostomia em alça é a maior facilidade técnica para a sua construção e também, posteriormente, no restabelecimento do trânsito fecal, uma vez que na maioria das vezes este procedimento será realizado por uma incisão local e sem a necessidade de ressecção intestinal (RODRIGUES et al., 2021).

Figura 3. Colostomia em alça

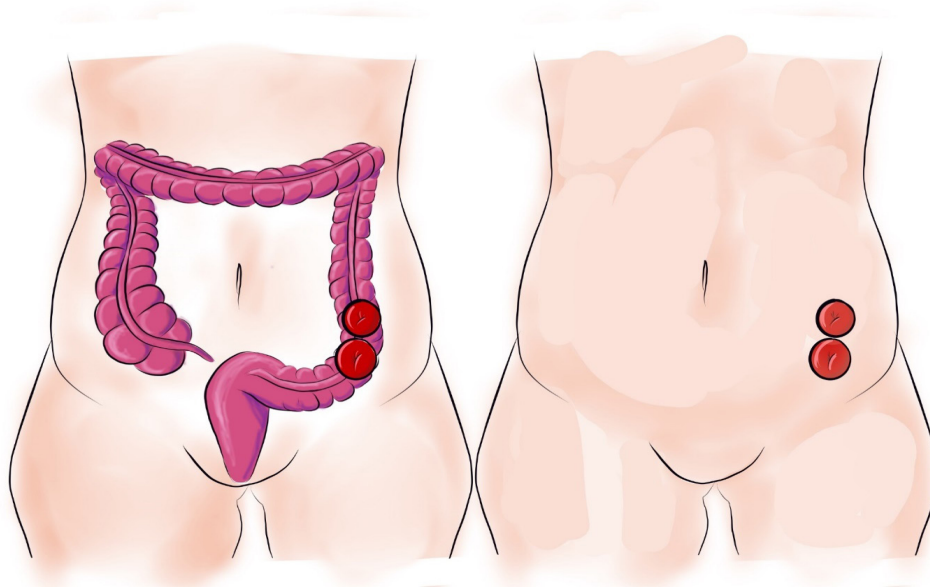


Fonte: autores

Colostomia duplo barril

O intestino é totalmente separado, e as duas porções finais são trazidas para a parede abdominal. São construídos duas ostomias distintas, a ostomia de funcionamento proximal e a ostomia distal, que não funciona. As ostomias podem ser exteriorizadas justapostas no mesmo orifício na forma de cano de escopeta (técnica de Paul Mikulicz) ou exteriorizadas no abdome em locais distantes e o segmento distal denominado de fístula mucosa (BRASIL, 2021).

Figura 4. Colostomia duplo barril



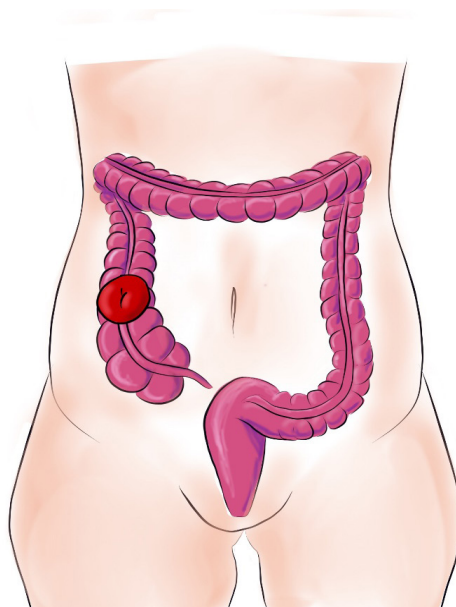
Fonte: autores

Classificação quanto a exteriorização do cólon:

Colostomia ascendente

É realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso). As fezes são líquidas ou semilíquidas nos primeiros dias após a cirurgia e pastosas após a readaptação intestinal.

Figura 5. Colostomia ascendente

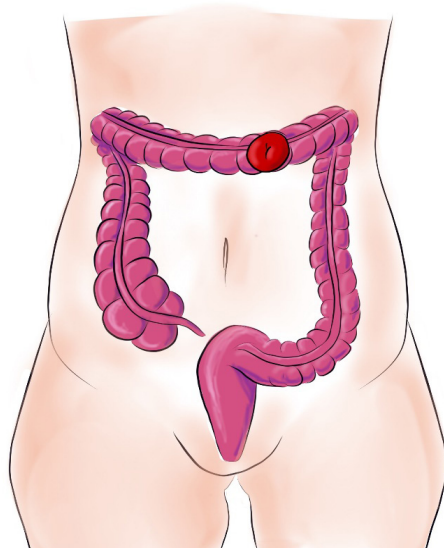


Fonte: autores

Colostomia transversa

É realizada na parte transversa do cólon (porção entre o cólon ascendente e descendente). As fezes são de semilíquidas a pastosas.

Figura 6. Colostomia transversa

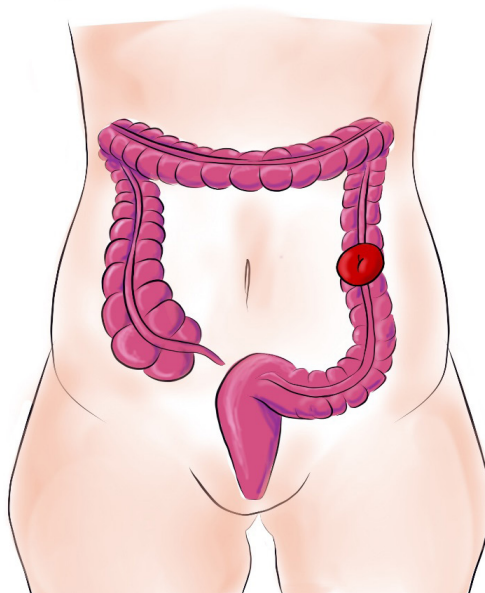


Fonte: autores

Colostomia descendente

É realizada na parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso). As fezes são de pastosas a sólidas e, no início, o funcionamento do estoma é irregular podendo eliminar fezes várias vezes ao dia, em diferentes momentos. Com o tempo, o funcionamento pode se regularizar, mas será sempre involuntário.

Figura 8. Colostomia descendente

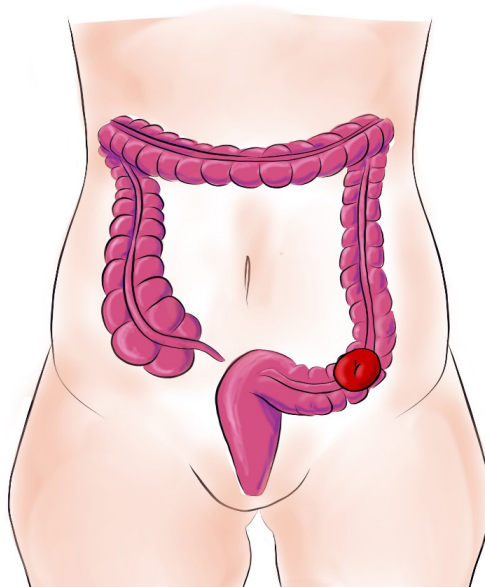


Fonte: autores

Colostomia Sigmóide

É realizada na parte do sigmóide. As fezes são de firmes a sólidas (semelhante às fezes eliminadas pelo ânus) e também é possível adquirir regularidade.

Figura 9. Colostomia sigmóide

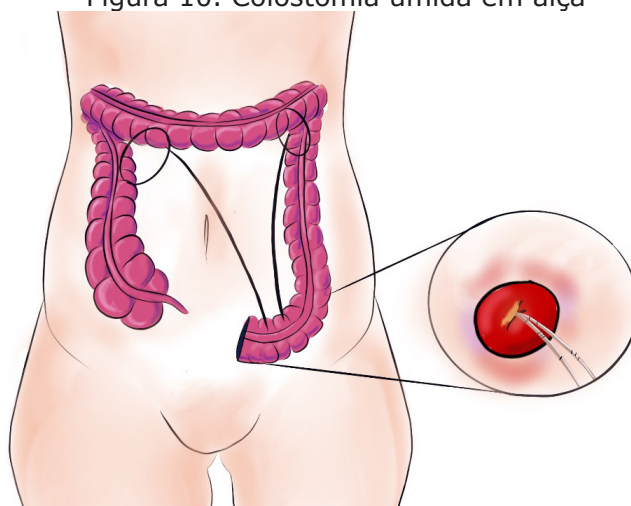


Fonte: autores

Colostomia Úmida em Alça

É realizada para permitir a saída de urina e fezes pela mesma ostomia. É uma alternativa para pacientes que necessitam de dupla derivação (aparelho urinário e digestório).

Figura 10. Colostomia úmida em alça



Fonte: autores

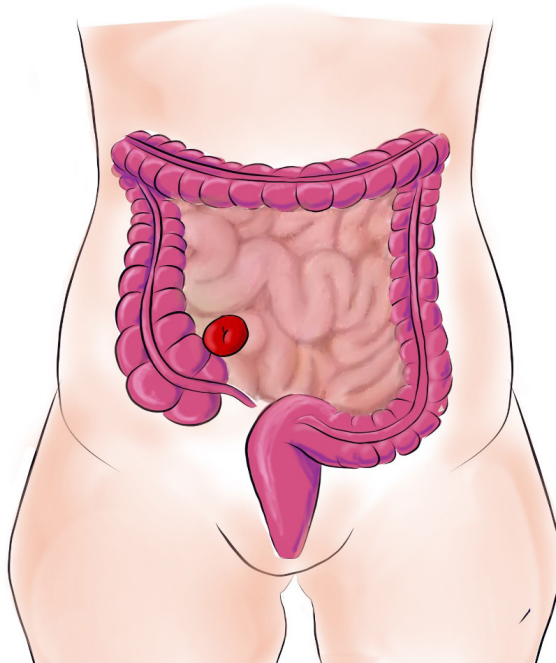
ILEOSTOMIA

Cirurgia executada no segmento intestinal do íleo para eliminar produtos residuais, que não conseguem ser eliminados pela rota convencional através do ânus, com isso, busca-se externar o lúmen do íleo por meio de uma abertura abdominal gerada por intervenção cirúrgica chamada ostomia. Essa cirurgia pode ser temporária, permanecendo até recuperação do intestino, ou definitiva, quando não é possível a execução normal das funções do intestino delgado.

Esse procedimento cirúrgico pode ser para redirecionamento do fluxo intestinal, desobstruindo o intestino delgado para que haja a remoção de fezes caso o cólon não esteja funcionando de maneira correta ou quando há remoção do cólon em decorrência de câncer colorretal, doença de Crohn, colite ulcerativa e polipose adenomatosa familiar. Além disso, pode ser feita para proteger o intestino contra anastomose distal, dessa forma, é feito a imobilização do resto do intestino, por meio desse procedimento.

Quanto à classificação da ileostomia, podem ser divididas em ileostomia terminal e em alça. Na técnica terminal, realiza-se uma incisão transversal abaixo do umbigo, próximo ao músculo reto abdominal, expondo essa região a fim de deixar a alça intestinal externa em cerca de 4 a 8 cm fora da cavidade abdominal, fazendo uma secção completa e assim, fixando a mucosa à pele por um ponto de eversão para impedir seu retorno a posição anatômica. Por outro lado, na ileostomia em alça, não ocorre a secção completa, havendo exposição da alça e abertura de sua parede anterior, sendo formadas duas aberturas, uma distal e outra proximal, de onde sai a secreção ileal.

Figura 11. Ileostomia



Fonte: autores

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Franciele Aparecida Saraiva de et al. Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 105-110, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 18 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Decreto-lei no. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000 e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.
- CAETANO, Milena Gama. Avaliação do perfil de pacientes enterostomizados em hospital geral de urgência de Sergipe. 2019.
- CREMA, Eduardo; SILVA, Rosemary. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed. Uberaba: Pinti, 1997.
- CUNHA, Regina Ribeiro et al. Manual de orientação a pessoa com estomia na região amazônica. 2019.
- DA PAIXÃO, Maria Aparecida et al. Complicações decorrentes dos estomas digestivos de eliminação Importância do cuidado pelo Estomaterapeuta. 2020.
- DA SILVA, Wendy Larissa Costa et al. Assistência de enfermagem prestada ao paciente estomizado no período perioperatório. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7450-e7450, 2021.
- DE GODOY JUNIOR, Paulo Cezar; DE SOUSA, Alexandre Venâncio. Revisão da literatura sobre colostomias e suas complicações no período de 2015 a 2021. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 3, 2021.
- DE OLIVEIRA, Isabella Valadares et al. Cuidado e saúde em pacientes estomizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018.
- DO AMARAL, Lucas Camargo Gamba Martins; SAKAE, Thiago Mamôru; DE SOUZA, Gustavo Botega. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com Índice de Comorbidades de Charlson. **RELATOS DE CASOS**, v. 65, n. 2, p. 294-297, 2021.
- FLACH, Diana Mary Araújo de Melo et al. Avaliação em saúde: avaliabilidade de serviços de saúde para pessoas com ostomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- FURTADO, Sandra Marina da Silva Rosado; PETUCO, Vilma Madalosso; SILVA, Maria Elizete Nunes da. Dermatites periestomias. In: TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana; PADILHA, Maria Angélica Silveira. **Prevenção e tratamento de lesões cutâneas: perspectivas para o cuidado**. Porto Alegre: Moriá, 2018. cap. 8, p.153-178.
- LIRA, G. H. S. D. et al. Prolapso de Colostomia em Paciente com Adenocarcinoma de Cólon Direito. **Journal of Coloproctology**, v. 41, n. S 01, p. A443, 2021.
- NASCIMENTO, Euzagleiziane Alves et al. ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES OSTOMIZADOS. In: **Congresso Paulista de Estomaterapia**. 2021.
- NEIVA, Erika Costa et al. COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGICAS NO PACIENTE OSTOMIZADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos**, v. 3, n. 1, 2020.
- RODRIGUES, D. G. P. L. et al. Prolapso de Colostomia Terminal Associado a Hérnia Paracolostômica. Mudança de Sítio como Ótima Alternativa – Relato de Caso. **Journal of Coloproctology**, v. 41, n. S 01, p. A278, 2021.
- RODRIGUES, Helena Aparecida; BICALHO, Elizaine Aparecida Guimarães; OLIVEIRA, Renata Ferreira. Cuidados de enfermagem em pacientes ostomizados: uma revisão integrativa de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 5, n. 1, p. 110-120, 2019.
- SAMPAIO, Luis Rafael Leite et al. Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 63-71, 2019.

Capítulo 2

SILVA, Iara Florencio da; SILVA, Maryara Glória Santos da; SILVA, Rubiane Gouveia de Souza. Atuação do enfermeiro na promoção do autocuidado de pacientes com ostomias intestinais. 2021.

SOBRADO JUNIOR, Carlos Walter et al. Tratamento local do prolapso de colostomia com a técnica MESH STRIP: Uma nova e altamente eficiente técnica de hospital-dia. **Clinicas**, v. 75, 2020.



CAPÍTULO 3

PRINCIPAIS CAUSAS DA CONFECÇÃO DE OSTOMIAS INTESTINAIS

Maria Angélica Carneiro da Cunha

Mariana Reis Soares

Gabriel Oliveira Bezerra

Jedaías Leão Furtado

Kellice Feitosa de Araújo

Wivison Micael Leal da Silva

Marcus Vinícius Henriques Brito

Priscila Xavier de Araujo

ANATOMIA DO TRATO GASTROINTESTINAL

O trato digestivo inicia-se na boca e segue compreendendo o esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso e terminando no ânus. O intestino delgado, responsável pela maior parte da digestão e absorção dos alimentos, ocupa o maior volume da cavidade abdominal, sendo preso a um envoltório, o mesentério, por onde passam artérias, veias e vasos linfáticos.

É dividido em três segmentos sendo que o primeiro, o duodeno, é fixo. A partir daí, torna-se solto, partindo da parte superior esquerda (jejuno) até a parte inferior direita da cavidade abdominal (íleo). O íleo termina no intestino grosso formando uma estrutura chamada de válvula ileocecal. A junção ileocecal situa-se na porção inferior lateral direita do abdome.

O intestino grosso, cuja principal função é a absorção de água e eletrólitos, possui cerca de 1,5m de comprimento, apresentando-se fixo na sua quase totalidade e emoldurando o intestino delgado. É formado pelo cólon, que é situado no abdome, e pelo reto e ânus, localizados na pelve e períneo. O cólon é dividido em segmentos segundo suas características. Sua porção inicial, a mais dilatada, é chamada de ceco e é onde se encontra o apêndice vermiforme. Subindo junto à parede abdominal direita, em direção ao fígado, encontra-se o segmento chamado de cólon ascendente. Depois o intestino grosso atravessa o abdome até a parede abdominal esquerda, com o nome de cólon transverso. A partir daí, desce até a parte inferior esquerda, sendo chamado de cólon descendente. As junções entre o cólon ascendente e transverso e entre este e o descendente são chamadas de flexuras hepática e esplênica, respectivamente. Após o cólon descendente, o intestino grosso torna-se solto e em forma de "S", recebendo o nome de sigmóide. Os últimos 15 cm do trato digestivo, logo após o sigmóide, são chamados de reto, sendo subdividido em três partes: o reto superior, médio e inferior. A porção distal do reto é afunilada e conhecida como ânus, sendo a linha de transição designada de linha pectínea. É envolvido por um sistema muscular esfínteriano que tem como principal função a continência de gases e fezes.

Os órgãos digestórios acessórios são os dentes a língua, as glândulas salivares, o fígado, vesícula biliar e o pâncreas. Os dentes auxiliam no rompimento físico dos alimentos e a língua auxilia na mastigação e na deglutição. Os outros órgãos digestórios acessórios, nunca entram em contato direto com o alimento, produzem ou armazenam secreções que passam para o trato gastrointestinal e auxiliam na decomposição química do alimento.

O suprimento sanguíneo do intestino é feito através de artérias e veias próprias para cada segmento. Desta forma é possível ressecar um desses segmentos sem comprometer a irrigação dos demais. Os vasos linfáticos e linfonodos acompanham os sanguíneos, sendo responsáveis pela proteção contra as doenças que acometem o intestino. No câncer do intestino, a retirada do segmento intestinal onde está o tumor deve ser realizada juntamente com a retirada dos linfonodos que acompanham os seus vasos sanguíneos. Esta remoção tem muita importância no estadiamento e no tratamento do câncer.



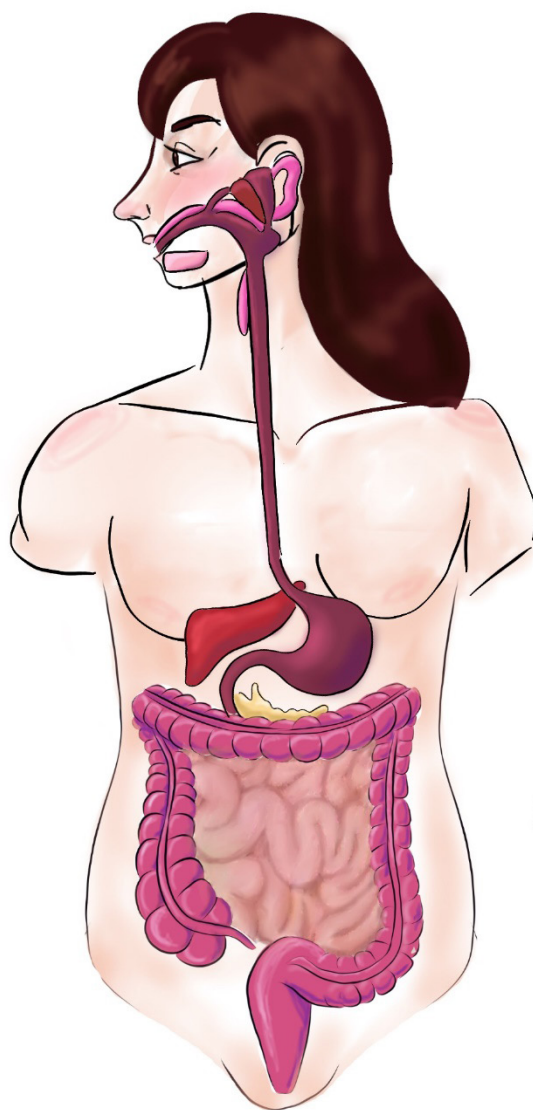


Figura 1. Sistema digestório

PRINCIPAIS CAUSAS DE OSTOMIAS INTESTINAIS

CÂNCER DE CÓLON E RETO

A incidência e mortalidade por câncer de cólon e reto têm apresentado, uma tendência ao crescimento, em especial em países desenvolvidos e áreas urbanas de países menos desenvolvidos. No Brasil, com o aumento da expectativa de vida da população, as neoplasias vêm ganhando cada vez mais importância no perfil de morbidade e mortalidade. Ao se analisar a distribuição proporcional da ocorrência de casos de câncer na população brasileira, observa-se que o câncer do Intestino Grosso (cólon, reto e ânus), assim como em outros países, encontra-se entre os dez primeiros tipos de câncer mais incidentes.

O câncer de cólon e reto, como outros tipos de neoplasia, é considerado uma desordem genética representada pela transformação de uma célula normal para uma maligna, por meio de um acúmulo de alterações genéticas em múltiplas etapas, de natureza heredi-

tária ou ambiental. A grande maioria dos cânceres do cólon e do reto provém de displasia epitelial acentuada, acrescida de alterações na diferenciação, crescimento e proliferação celular, que determinam a formação do adenoma (pólipo adenomatoso) e, subseqüentemente, do adenocarcinoma. A lesão morfológica mais precoce no adenocarcinoma é a cripta longa e dilatada, chamada cripta aberrante. O adenoma ou pólipo adenomatoso tem papel fundamental no desenvolvimento do câncer e é reconhecido como sua única lesão precursora.

A prevalência do câncer de cólon e reto segue a distribuição geográfica dos adenomas, aproximadamente um terço dos tipos cirúrgicos de câncer do intestino inclui um ou mais pólipos adenomatosos e os focos residuais de adenoma são encontrados não raramente em espécimes de câncer do intestino.

Dentre os fatores de risco para câncer de cólon e reto, além dos genéticos e ambientais, consideram-se como fator de risco as doenças inflamatórias (retocolite e doença de crohn), bem como as sequelas de cirurgias como ureterossigmoidostomia. O risco de aparecimento de câncer em retocolite ulcerativa aumenta a partir de dez a quinze anos de manutenção da doença, chegando a 35% nos portadores com mais de trinta anos de evolução. Na doença de Crohn de localização colorretal, o risco pode chegar a quase 20% quando o comprometimento é extenso. Dentre os fatores dietéticos, destaca-se a dieta pobre em fibras (frutas, vegetais e cereais) e rica em gorduras, proteína animal e calorias. Inatividade física, excesso de peso corporal e deposição central de adiposidade também têm sido incriminados como fatores de risco. Em relação ao fumo, foi observado que atua como agente iniciador do câncer de cólon e reto, aumentando o risco de adenomas após vinte anos e de câncer após 35 anos de vício. Quanto à contribuição dos fatores genéticos na incidência do câncer de cólon e reto, é reconhecida a maior incidência da doença em pessoas com história familiar.

A história natural do câncer do intestino propicia condições ideais à sua detecção precoce, uma vez que a maioria evolui a partir de lesão benigna por um período que varia de dez a quinze anos, existindo, portanto, um período pré-clínico detectável bastante longo. Além disso, o rastreamento apresenta a peculiaridade de possibilitar tanto a prevenção da ocorrência do câncer, ao permitir a identificação e retirada dos pólipos intestinais, quanto a detecção do câncer em estádios iniciais, que, adequadamente tratados, podem elevar a taxa de sobrevivência em cinco anos a 90%.

O rastreamento do câncer de cólon e reto visa à detecção desse tumor em estágios iniciais ou a identificação de lesões pré-cancerosas em pessoas assintomáticas. Segundo a Associação Americana de Gastroenterologia, o rastreamento está indicado para pessoas de risco médio (pessoas sem histórico familiar de alto risco de neoplasiacolorretal) a partir dos 50 anos, sendo que se pode interromper a triagem quando a expectativa de vida for menor que 10 anos.

A maior parte dos indivíduos com câncer de cólon e reto é assintomática no início da doença, retardando o diagnóstico para fases mais avançadas quando surgem os primeiros sintomas. Existe uma correlação entre a localização do tumor e as manifestações clínicas apresentadas. Isso ocorre devido a características anatômicas do intestino grosso e reto.

O cólon direito tem maior diâmetro que o esquerdo, por isso, em tumores à direita



(cólon ascendente), há a tendência do câncer evoluir como lesão exofítica, ou seja, para dentro da luz intestinal. No cólon esquerdo a lesão geralmente invade a parede do órgão e como o diâmetro do cólon desse lado é menor, ocorre maior incidência de estenose e obstrução, essas lesões são anulares e produzem constrictões. Por conta dessa diferença de apresentação clínica, temos manifestações clínicas distintas, geralmente os cânceres de ceco e cólon direito cursam com anemia ferropriva que pode se manifestar como fadiga, fraqueza ou palidez de mucosa. Já os cânceres do lado esquerdo do cólon, sigmoide e reto, podem se manifestar com sangramento oculto, mudanças nos hábitos intestinais, distensão abdominal, sangramento vivo ou desconforto em fossa ilíaca esquerda.

Após o diagnóstico de câncer colorretal é necessário fazer o estadiamento da doença. Com isso, pode-se estabelecer a extensão locorregional da lesão, além da presença de metástases, prognóstico e o tipo de terapia a ser empregada. O estadiamento é feito com exames de imagem, como a tomografia e a radiografia. A colonoscopia só serve nesses casos para excluir a presença de lesões sincrônicas do cólon.

O câncer do intestino é uma doença tratável e frequentemente curável, sendo a cirurgia o seu tratamento primário. A recidiva locorregional é o principal problema após tratamento cirúrgico do câncer retal e comumente leva a morte. Já no câncer colônico, o principal problema pós-cirúrgico é a metástase sistêmica. O tratamento depende principalmente do tamanho, localização e extensão do tumor e da saúde geral do paciente.

O objetivo do tratamento do câncer de cólon e reto é conseguir a cura com o mínimo de complicações e de recidivas, preservando-se a qualidade de vida. Os melhores resultados dependem da precocidade do diagnóstico, do correto estadiamento, da boa técnica cirúrgica, bem como da assistência multidisciplinar que envolve a participação de profissionais especializados em oncologia, radioterapia, cuidados nutricionais e de estomatoterapia e de assistência psicológica, se necessário. O tratamento cirúrgico permanece como a melhor modalidade de tratamento.

O tratamento pode ter indicação eletiva ou de urgência, ter caráter curativo ou paliativo, podendo ser realizado para o tratamento do tumor primário, das recidivas locais, das metástases, bem como para os tumores metacrônicos. A ressecção cirúrgica do tumor representa ainda a única possibilidade de cura e deverá ser realizada da forma mais radical sempre que for considerada com probabilidade curativa, obedecendo-se a princípios oncológicos já bem estabelecidos.

Variados tipos de tratamentos são utilizados sendo que algumas vezes há a combinação de uma ou mais formas de tratamento. A cirurgia consiste na retirada do tumor juntamente com parte do cólon ou reto e os linfonodos adjacentes. Os melhores resultados quanto às possibilidades de cura estão relacionados a cuidados técnicos de radicalidade, dentre os quais, extensão da ressecção quanto à remoção de linfonodos, ligaduras vasculares e margens cirúrgicas, ressecção completa em monobloco de órgãos ou estruturas vizinhas à lesão aderidas ao tumor.

Na maioria dos casos, é possível interligar novamente as porções sadias do cólon ou do reto. Alguns pacientes necessitam de uma colostomia temporária para permitir a cicatrização da anastomose após a realização da cirurgia. Em tumores da porção baixa do reto muitas vezes é necessária a realização de uma colostomia temporária ou per-

manente. Colostomia é um procedimento cirúrgico de exteriorização do cólon na parede abdominal (ostomia) fornecendo assim um novo trajeto para a saída do material fecal. Após a realização de uma colostomia, o paciente utiliza uma bolsa especial para a coleta do material fecal. Um tratamento cirúrgico é considerado curativo quando promove a remoção completa do tumor primário, órgãos e estruturas localmente comprometidas e de metástases identificadas, observados os preceitos técnicos oncológicos. É considerado paliativo quando tem por finalidade aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes que não tenham condições de cura por ressecção (metástases irresssecáveis à distância ou localmente disseminadas e invasão de estruturas vitais).

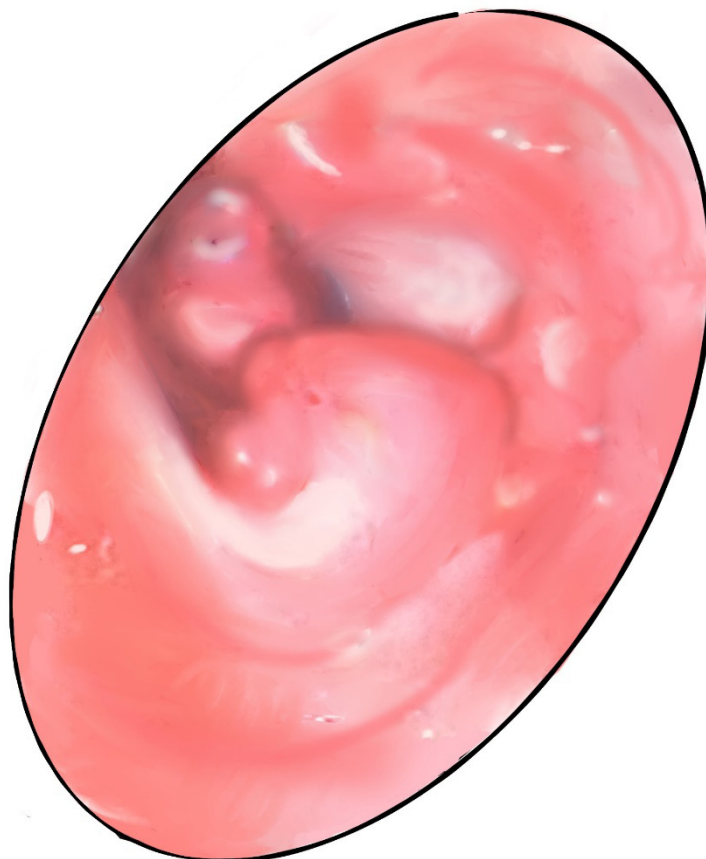


Figura 2. Aspecto endoscópico do adenocarcinoma colorretal

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

O termo “Doença Inflamatória Intestinal” (DII) é empregado para designar duas doenças de etiologia pouco conhecidas, que se caracterizam por distúrbios inflamatórios do trato gastrointestinal e que tendem a apresentar evolução crônica: Retocolite Ulcerativa (RCU) e Doença de Crôhn (DC). Sabe-se, que comprometem indivíduos geneticamente susceptíveis e resultam, provavelmente, de erros da resposta imunológica a estímulos ambientais, podendo haver interação com agentes infecciosos e com fatores psicológicos.

As DII são mais frequentes nos Estados Unidos e em países desenvolvidos da Europa, em indivíduos da raça branca. É alta a incidência entre os judeus e é comum a ocorrência

entre parentes próximos. Acometem, em proporções semelhantes, pacientes de ambos os sexos, principalmente adolescentes e adultos jovens.

RETOCOLITE ULCERATIVA

A Retocolite Ulcerativa (RCU) é doença inflamatória do intestino grosso de grande importância clínica. A etiologia ainda é desconhecida, mas sabe-se que a etiopatogenia baseia-se num tripé, em que indivíduos com suscetibilidade genética para doenças inflamatórias do intestino grosso, somado a ação de agentes infecciosos e/ou fatores ambientais, desenvolvem alterações na sua regulação imunológica. Como consequência, há liberação de citocinas, despertando uma resposta inflamatória que acarreta em lesão tecidual.

A Retocolite Ulcerativa é uma doença crônica, muitas vezes incapacitante, que acomete adultos jovens com igual distribuição entre os sexos. Trata-se de uma enfermidade com grande potencial de degeneração maligna, normalmente em pacientes portadores da doença há mais de dez anos e acometendo todo o intestino grosso.

Do ponto de vista anatomopatológico é uma doença que se inicia no reto, e jamais o poupa, e que pode se propagar, acometendo a extensão do cólon, até comprometê-lo inteiramente. A doença é sempre contínua, não havendo áreas de mucosa sã entre zonas doentes, e a válvula ileocecal atua como uma barreira fisiológica, impedindo a progressão da doença para o intestino delgado. Pólipos inflamatórios, também conhecidos como pseudopólipos, são comuns e constituem-se de tecido de regeneração das úlceras da mucosa.

O quadro clínico clássico é uma disenteria hemomucopurulenta de intensidade variável, desde episódios leves, autolimitados e muitas vezes não diagnosticados, até quadros graves, com febre, toxemia e comprometimento do estado geral, com anemia e emagrecimento. O tenesmo e a eliminação de secreção mucosanguinolenta pelo ânus são comuns. A constipação intestinal é rara, mas pode ocorrer.

A retocolite ulcerativa é frequentemente acompanhada de manifestações extraintestinais, sendo as articulações as áreas de maior ocorrência, com artralgias de grandes articulações, principalmente joelhos e cotovelos. Outras manifestações extraintestinais são representadas por alterações cutâneas como o eritema nodoso e pioderma gangrenoso, espondilite anquilosante, acometimento dos olhos, alterações sanguíneas e colangite esclerosante .

O diagnóstico é feito pela retossigmoidoscopia e colonoscopia, esta última servindo principalmente para avaliar a extensão da doença. Observa-se friabilidade, sangramento e granulosidade da mucosa, ulcerações, pólipos inflamatórios e atrofia da mucosa nos casos graves e de longa duração.

A retocolite ulcerativa apresenta complicações agudas como hemorragia, colite tóxica e câncer. O câncer é a complicação tardia grave que pode ocorrer na doença com mais de dez anos de evolução, principalmente quando há acometimento de todo o intestino grosso.

O tratamento da retocolite ulcerativa é em princípio clínico. Dispõe-se de drogas eficazes para a resolução da grande maioria dos episódios agudos da doença, mas ainda não se conhecem fármacos que impeçam a recidiva da enfermidade, o que ocorre via de regra. Medidas gerais, como suporte nutricional, correção da anemia e de distúrbios eletrolíticos, são implementadas quando há necessidade. Aproximadamente de 25 a 40% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico. São enfermos não-responsivos ao tratamento clínico ou que não suportam seus efeitos colaterais. Mundialmente, a intratabilidade clínica é a mais frequente indicação cirúrgica na retocolite ulcerativa.

O tratamento cirúrgico eletivo atual se baseia em três técnicas: a proctocolectomia total com ileostomia definitiva, a colectomia total com ileorretoanastomose e a retocolectomia total com anastomose ileoanal. A proctocolectomia total foi a primeira operação realizada com intento curativo, uma vez que a retocolite ulcerativa se restringe tão-somente ao intestino grosso. No início da utilização da técnica a ileostomia era deixada para maturar tardiamente, o que trazia graves complicações como estenose e disfunção com altos débitos da ostomia, gerando sérios transtornos hidroeletrólíticos e nutricionais.

Um grande avanço técnico se concretizou pela introdução da técnica de maturação precoce da ileostomia. Agora, no próprio ato cirúrgico, pratica-se a eversão da mucosa recobrando a serosa da ileostomia, o que pela maturação tardia antes executada levava de dez a quatorze dias para ser efetuado, mas à custa de uma serosite, responsável pelas complicações referidas. A proctocolectomia total com ileostomia definitiva tem as seguintes vantagens: cura a doença, operação em um único tempo e afasta a possibilidade de degeneração maligna do intestino grosso. A maior desvantagem é a ileostomia definitiva, sem dúvida alguma, é um pesado ônus psicossocial aos pacientes, em sua maioria jovens.

Para evitar a ileostomia definitiva e a disfunção urogenital condicionada pela proctectomia, foi proposta a colectomia total com ileorretoanastomose, a fim de preservar o reto e evitar sua dissecação extraperitoneal. A cirurgia é de baixa morbidade e pode eventualmente no futuro, se necessário, ser convertida para operação mais radical, como a retocolectomia com anastomose ileoanal. Essa operação, entretanto, não recebeu grande aceitação, pois o reto, sempre comprometido pela enfermidade, poderia perpetuar os sintomas e as manifestações extraintestinais, exigir a manutenção de medicamentos e continuar sendo potencial sede de degeneração maligna, necessitando, portanto, de seguimento rigoroso. Há contra-indicações para essa operação: reto inelástico, doença de longa evolução, presença de displasias no intestino grosso ou de câncer no reto, colite aguda grave e situações de urgência.

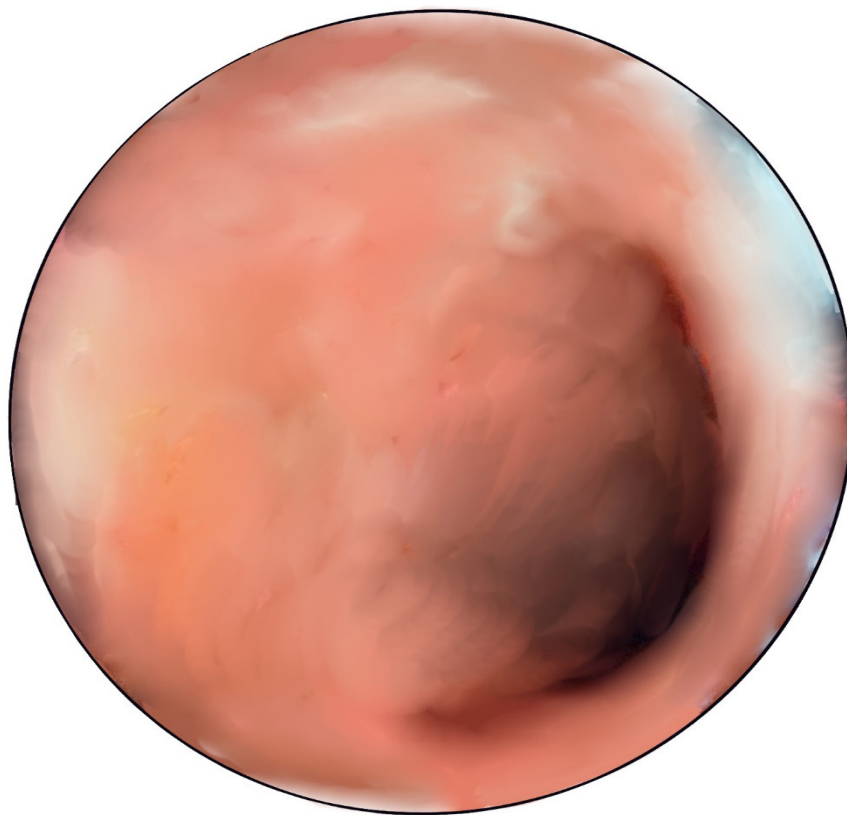


Figura 3. Imagem colonoscópica evidenciando cólon com Retocolite Ulcerativa

DOENÇA DE CROHN

A doença de Crohn caracteriza-se por processo inflamatório transmural e granulomatoso não caseificante que atinge todo o tubo digestivo. As lesões são transmurais, podem comprometer qualquer porção do trato gastrointestinal, embora haja predileção para o íleo terminal e, secundariamente, para o cólon.

O intestino delgado é comprometido isoladamente em 30% dos casos; a forma ileocólica ocorre em 40% dos casos; em 27% apenas o cólon é afetado e em 3% dos pacientes as lesões são restritas à região ano-reto-perineal. As lesões tendem a ser descontínuas, isto é, segmentos doentes intercalam-se com segmentos aparentemente normais. São comuns as chamadas úlceras aftóides, isoladas ou esparsas, em mucosa aparentemente normal. Outras vezes ocorrem úlceras alongadas, lineares ou com formas irregulares, de tamanhos variados e que tendem a se dispor longitudinalmente em relação ao maior eixo do intestino.

Como a doença é transmural, podem ocorrer fissuras que se estendem por toda a

espessura da alça intestinal. Essas fissuras profundas conferem à mucosa aspecto comparável ao calçamento de rua com pedras “calçetadas”

ou em “macadame” (*cobblestones*). Podem ser identificados trajetos fistulosos comunicando uma alça intestinal a outros segmentos intestinais, a outros órgãos ou à parede abdominal.

A parede intestinal acaba por espessar-se, há estreitamento da luz intestinal, a serosa pode adquirir aspecto granuloso, o mesentério tende a espessar-se e a crescer sobre a alça. Os linfonodos aumentam de tamanho e de consistência. A progressão transmural da doença pode dar origem a múltiplas aderências peritoneais e a abscessos intraperitoneais. Estenoses podem ocorrer como consequência da inflamação aguda ou de fibrose cicatricial.

A doença de Crohn é um processo crônico que se caracteriza por episódios de exacerbação e remissão, cujas causas são desconhecidas, e por quadro clínico variável de acordo com a localização e extensão da doença. Não há correlação exata entre a sintomatologia e as lesões diagnosticadas por exames radiológicos ou endoscópicos. Os sintomas mais frequentes são dor abdominal, alteração do hábito intestinal, febre, perda de peso e desnutrição. A dor abdominal pode ser importante, sendo periumbilical ou referida no quadrante abdominal inferior direito, refletindo acometimento da região ileocecal. A alteração do hábito intestinal caracteriza-se, na maioria das vezes, por aumento do número das evacuações, com fezes de consistência líquida, associadas a perda de sangue e muco. Dor constante, picos febris e leucocitose sugere abscessos e fistulização. A perda de peso e a desnutrição podem ser importantes.

Mais de 50% dos doentes apresentam lesões perianais associadas às lesões intestinais. Essas lesões são representadas por fissuras, úlceras, abscessos, fístulas, plicomas inflamatórios e hemorroidas. Podem ser únicas ou múltiplas.

As manifestações extra-intestinais são comuns e, eventualmente, podem causar maior morbidade ao doente que a própria doença inflamatória, como perda da visão decorrente de uveíte. Podem ainda representar a causa de óbito, como ocorre com a cirrose hepática e a amiloidose. Ocorrem em 65% dos doentes e as mais frequentes são articulares, do trato urinário, dermatológicas e hepatobiliares.

O tratamento cirúrgico da DC é sempre o último recurso terapêutico, porque, devido ao caráter recidivante da doença, nunca se pode garantir que uma ressecção intestinal cure definitivamente o paciente. As cirurgias podem ser eletivas ou de urgência. As indicações para cirurgia eletiva são:

- Obstrução intestinal aguda ou precedida de fenômenos suboclusivos;
- Sepses, como resultado de abscesso ou perfuração em peritônio livre;
- Megacólon tóxico, que não responde ao tratamento clínico;
- Hemorragia, bem menos frequente que na RCU. Deve ser tentado o tratamento conservador, o que geralmente é conseguido. Havendo recidivas indica-se cirurgia.

As cirurgias de urgência para DC dependem do tipo de complicação e da localização da doença. Nos casos de megacólon tóxico refratário ao tratamento clínico a conduta principal é a colectomia total com ileostomia terminal e fístula mucosa ou fechamento do coto retal. Nos casos de hemorragia maciça a conduta é a ressecção do segmento comprometido, que pode ser enterectomia segmentar ou, até, colectomia total. Quando houver um abscesso localizado a cirurgia pode-se limitar a drenagem do abscesso. Nas cirurgias eletivas ou de urgência relativa, a preferência é para ressecção do segmento comprometido: enterectomia segmentar, única ou múltipla; ileocolectomia; colectomia e, até mesmo, amputação abdômino-perineal do reto, nos casos em que há grande destruição retoperineal. Quando o segmento comprometido é muito extenso ou há vários segmentos intercalados com lesão, a melhor conduta é a ressecção da porção considerada irrecuperável, e preservação do segmento menos doente e que têm chances de recuperação, com tratamento clínico pós-operatório.

DOENÇA DIVERTICULAR

A doença diverticular é altamente prevalente nos países ocidentais, acometendo de 5 a 10% dos pacientes acima de 45 anos e 80% daqueles com idade superior a 85 anos de idade. Na imensa maioria dos casos, os divertículos de cólon são falsos divertículos, isto é, constituídos de mucosa e submucosa que herniam através da musculatura intestinal; além disso, são revestidos pela serosa. O termo diverticulose se refere à presença de divertículo sem sintomas, já a doença diverticular está relacionada a divertículos com sintomas de forma complicada ou não. As expressões diverticulite complicada e diverticulite perfurada são inespecíficas e utilizadas para as formas complicadas da doença diverticular, que inclui abscesso, flegmão, fístula, obstrução, sangramento ou perfuração.

A incidência costuma ser semelhante em homens e mulheres. A obesidade é o principal fator de risco e acredita-se que em pacientes obesos a apresentação clínica da diverticulite costuma ser mais grave. Nos pacientes imunodeprimidos a diverticulite costuma ser mais severa e responde de maneira menos eficiente à terapêutica clínica, e consequentemente a indicação cirúrgica deve ser precoce e após o primeiro surto.

O uso de antiinflamatórios não-hormonais apresenta relação com o aumento da incidência de hemorragia e perfuração. O tabagismo está associado com risco aumentado de complicações da doença diverticular. A diverticulite é a complicação mais frequente da doença diverticular. Os divertículos quase sempre se localizam entre as tênias cólicas laterais e mesentéricas. O local mais comum dos divertículos é o cólon sigmóide, que está acometido em 95% dos casos. Na doença diverticular hipertônica, os divertículos são geralmente limitados ao cólon sigmóide e/ou descendente. Essa é a forma mais comum de doença diverticular, ocorrendo em 70% dos pacientes.



Figura 4. Peça cirúrgica evidenciando divertículos colônicos

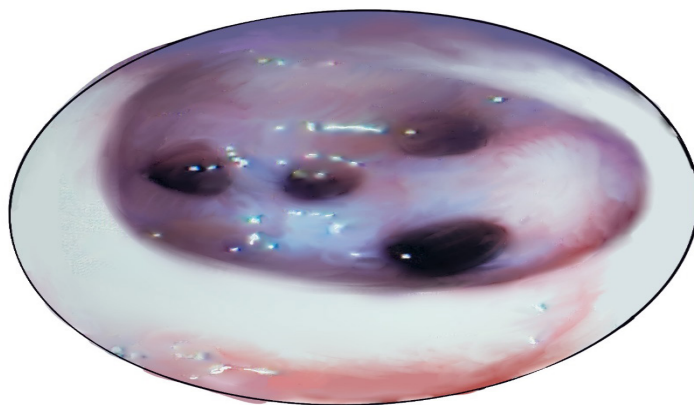


Figura 5. Visão endoscópica de divertículos no sigmóide.

O início do processo inflamatório ocorre na ponta do divertículo e se deve à obstrução por material fecal no seu interior. Posteriormente, ocorre acúmulo de secreção mucosa e crescimento bacteriano no interior do divertículo. O suprimento sanguíneo fica comprometido e a parede do divertículo pode sofrer necrose e perfuração intramural, o que pode provocar peridiverticulite. Neste ponto, o processo inflamatório poderá melhorar espontaneamente ou com tratamento clínico ou evoluir para uma complicação com formação de abscesso, perfuração em peritônio livre ou fistulizar para outros órgãos.

O sintoma mais frequente é a dor abdominal. A dor é constante e costuma estar localizada no quadrante inferior esquerdo. A dor pode irradiar para as costas, para o flanco esquerdo, região inguinal ou para todo o abdome. A duração e a gravidade dos sintomas dependem do fato de o paciente apresentar um processo inflamatório difuso ou localizado. Se o cólon sigmóide for redundante, a dor pode se localizar na fossa ilíaca direita ou na região hipogástrica. A febre é um sintoma frequente e pode ser elevada na presença de abscesso pélvico ou retroperitoneal e na peritonite difusa. Costuma ocorrer parada de eliminação de gases e fezes, embora em alguns casos possa ocorrer diarreia. Podem ocorrer náuseas e vômitos.

TRATAMENTO DA DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS

Tratamento Clínico

Na Diverticulose

A conduta consiste na dieta rica em fibras e antiespasmódicos nas crises de dor.

Na Hemorragia Diverticular

Em 2/3 dos pacientes o sangramento é autolimitado e requer apenas medidas para garantir a estabilidade hemodinâmica com reposição volêmica. Quando o divertículo que sangra é identificado durante a colonoscopia diagnóstica, a injeção de soluções vasoconstrictoras ou eletrocoagulação com plasma de argônio pode fazer a hemostasia local.

Na Diverticulite Aguda

Quando não há complicação, o tratamento pode ser realizado em nível ambulatorial. Orienta-se repouso físico, dieta branda, analgésicos e antibióticos por via parenteral ou oral e faz-se seguimento clínico próximo. Nos quadros mais complicados, com irritação peritoneal intensa, distensão abdominal, febre, náuseas e/ou vômitos, disúria etc., o paciente deve ser internado. Cerca de 20% dos pacientes podem não responder ao tratamento clínico e a cirurgia deve ser realizada em tempo hábil.

Tratamento Cirúrgico

As técnicas cirúrgicas são várias e a escolha por uma delas dependerá das condições gerais do paciente, da intensidade do processo inflamatório local, da presença, ou não, de abscessos e da experiência do cirurgião. O objetivo inicial da operação na diverticulite complicada é remover a infecção, sendo quase sempre necessária a sigmoidectomia. A reconstituição primária ou em um segundo tempo vai depender da contaminação local, das condições gerais do paciente e do preparo do cólon. Na hemorragia grave, a colectomia subtotal com ileostomia terminal ou íleo-retoanastomose é a opção cirúrgica de escolha.

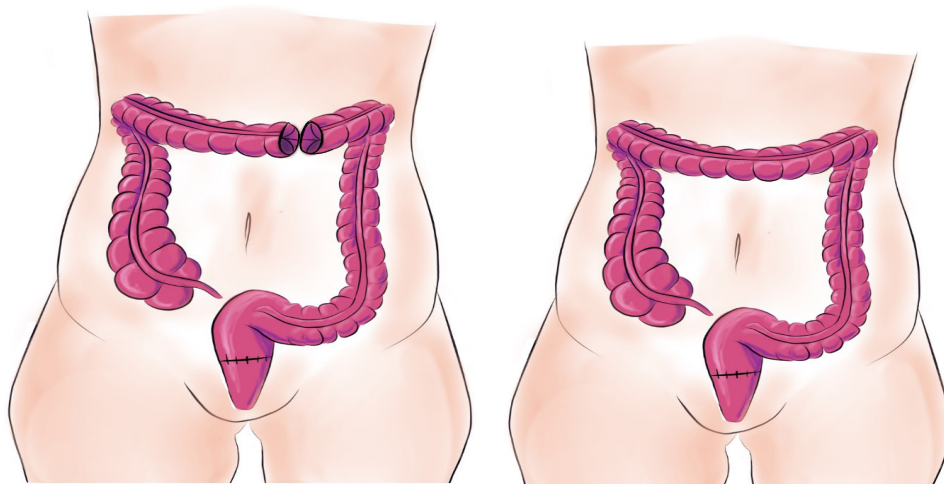


Figura 6. Técnica cirúrgica.

A = Sigmoidectomia + Anastomose primária + Colostomia protetora;
B = Sigmoidectomia + Anastomose primária (cirurgia em um tempo).

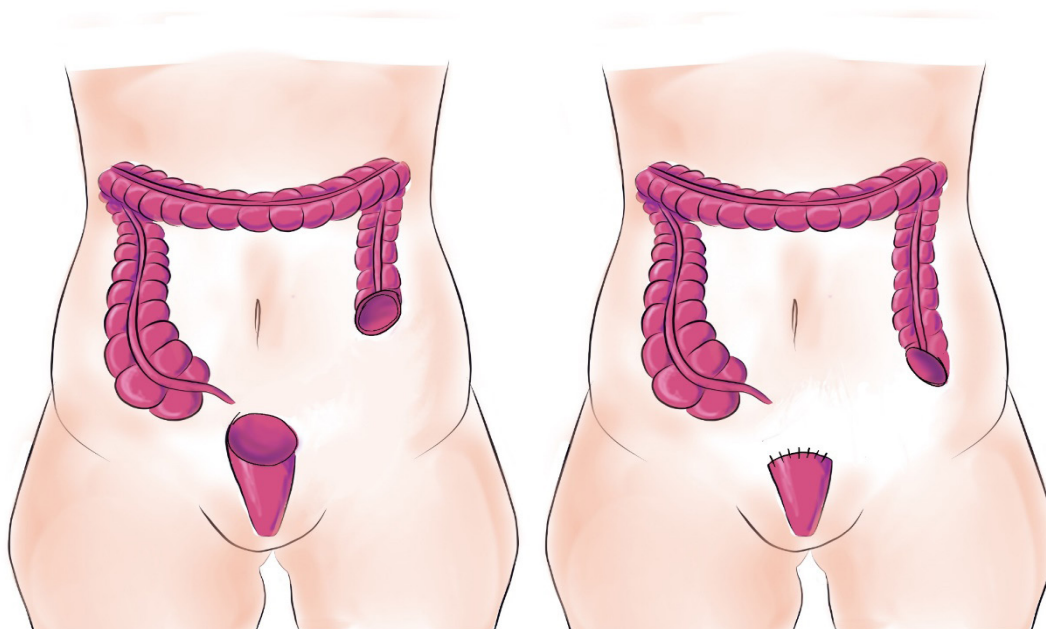


Figura 7. Técnica cirúrgica (cirurgia em dois tempos)

A = Sigmoidectomia + Colostomia terminal + Fístula mucosa;
B = Sigmoidectomia + Colostomia terminal + Sepultamento do coto retal
(Cirurgia à Hartmann).

TRAUMA ABDOMINAL

O trauma abdominal é o sofrimento resultante de uma ação súbita e violenta, exercida contra o abdome causada por diversos agentes: mecânicos, químicos, elétricos e irradiações. A incidência desse traumatismo vem aumentando progressivamente e sua gravidade é determinada pela lesão de órgãos ou estruturas do abdome e pela associação com outras lesões, em especial crânio e tórax.

O sucesso no desfecho do trauma abdominal é caracterizado pela eficiência da abordagem inicial que permite instituir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das lesões intra-abdominais, quando presentes. Classifica-se esse trauma em dois tipos principais – aberto ou fechado. No aberto existe solução de continuidade da pele; enquanto que no fechado, também denominado contusão abdominal, a pele está íntegra, sendo que os efeitos do agente agressor são transmitidos às vísceras através da parede abdominal, ou se dão por contragolpe ou desaceleração. Por sua vez, os traumatismos abertos são subdivididos em penetrantes e não penetrantes na cavidade abdominal.

Os ferimentos abdominais abertos são usualmente causados por armas de fogo ou por armas brancas. As causas mais frequentes da contusão são os acidentes automobilísticos, os golpes e as quedas acidentais. Com o abdome traumatizado podem ocorrer lesões nos diversos órgãos e estruturas intra-abdominais, levando a ruptura de vísceras ocas e/ou parenquimatosas. As vísceras parenquimatosas lesadas ocasionam perda sanguínea, podendo levar a hemorragias importantes, enquanto que as vísceras ocas lesadas causam liberação de secreções digestivas como suco gástrico ou intestinal, bile, fezes e urina, podendo levar à peritonite. O trauma abdominal é uma das causas mais comuns de confecção de colostomias, seja por perda de grande parte do colón ou para preservar anastomoses intestinais.

Síndrome de Fournier

A colostomia também é empregada, em alguns casos, para tratamento da Síndrome de Fournier. Esta síndrome caracteriza-se como uma infecção de elevada mortalidade que envolve o escroto e/ou a região perineal, espalhando-se rapidamente da genitália externa, através da região inguinal, em direção aos membros inferiores, embora também possa atingir o peritônio nos casos mais complicados. As principais causas da Síndrome de Fournier são a presença de abscesso perirretal ou escrotal e estenose uretral, dentre outras. Um consenso geral em relação ao plano de tratamento para Síndrome de Fournier é a administração de antibióticos de amplo espectro junto com desbridamento das lesões, embora, em alguns casos o tratamento inclua também a realização de colostomias. Todavia, o desvio fecal no tratamento da síndrome, se necessária, a colostomia preventiva deve ser realizada durante o desbridamento inicial.

REFERÊNCIA

GONZALEZ, Rafael Orlando Pinilla; MARTINEZ, Nikkinpaler Amos Morales; GARCIA, Francisco Gutierrez. Resultados terapêuticos em pacientes com trauma de cólon e reto tratados com sutura primária ou colostomia. **Revista Cubana de Cirurgia** , v. 58, nº. 2 P. 1-17, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Inca). Estimativa de incidência, mortalidade por câncer no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2022

KUMAR V, ABBAS AK, ASTER JC. Robbins patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

PINILLA GONZÁLEZ, Rafael Orlando; FERREIRA CRISTALDO, Patrícia Verônica. Uso da colostomia no tratamento de lesões traumáticas do cólon e reto. **Revista Cubana de Cirurgia** , v. 57, nº. 2 P. 1-18, 2018.

RODRIGUES, Joaquim; MACHADO Cerqueira; RASSLAN Samir. Clínica Cirúrgica. Barueri, SP: Manole, 2008.

TOWNSEND JUNIOR CM, BEAUCHAMP RD, EVERS BM, MATTOX KL. Sabiston Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19. ed. [S.l.]: Saunders-Elsevier, 2015.



CAPÍTULO 4

EVOLUÇÃO E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

César Augusto Medeiros Paiva

Alef Oliveira do Nascimento

Anderson Batista Pereira da Silva

Matheus Sodré de Araujo

Pedro Henrique Nunes Rocha

Louise Vitória Pereira Santos

Mariana Reis Soares

Anderson Bentes de Lima

Priscila Xavier de Araujo

EVOLUÇÃO ESPERADA

A coloração da ostomia deve ser vermelho ou rosa vivo semelhante a mucosa da boca, assim como a pele ao redor (periestomal) deve estar lisa, sem lesões ou ferimentos. Dias após a cirurgia, o estoma pode ficar edemaciado, mas aos poucos o edema regride. É normal não sentir dor ao tocar na ostomia, pois não há terminações nervosas nessa região (AGUIAR et al., 2019).

Conforme o paciente retoma a dieta oral, o volume do conteúdo intestinal aumenta, o que requer monitoramento cuidadoso do balanço hidroeletrolítico, principalmente se o débito for excessivo. Além disso, a suplementação com fármacos que diminuem a motilidade pode ser útil para a regulação da dieta. Por fim, a consistência das fezes e a frequência da evacuação mudarão após 30 dias da cirurgia, aproximadamente (AGUIAR et al., 2019).

COMPLICAÇÕES

A confecção adequada de uma ostomia é essencial para a qualidade de vida do paciente, ao qual deve ser esclarecido com detalhes, as razões de sua necessidade, se será uma ostomia temporária ou permanente, as possíveis complicações e os cuidados no manuseio e manutenção da ostomia.

A ostomia mesmo sendo considerada como um procedimento seguro, a mesma não é isenta de certas complicações que podem acometer o paciente. As possíveis complicações da ostomia intestinal estão correlacionadas a diversos fatores, tais como: idade, alimentação, técnica cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infecções, aumento de peso, localização inadequada da ostomia e uso incorreto dos dispositivos prescritos.

Diversos pacientes que realizam cirurgia para confecção da ostomia podem apresentar complicações no pós-operatório, as quais podem trazer repercussões negativas que podem afetar a qualidade de vida do ostomizado. É crucial que os sinais de complicações pós-operatórias sejam identificados precocemente para que sejam tratados e que a ostomia se mantenha viável.

As complicações físicas do estoma são classificadas de acordo com o tempo, contando a partir da intervenção cirúrgica. Podem ser imediatas, precoces e tardias. Imediatas quando aparecem nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Precoces quando aparecem entre o 1º e 7º dia no pós-operatório, que corresponde ao pós-operatório mediato. Tardias, quando se manifestam após a alta hospitalar, ou seja, quando os familiares ou a pessoa ostomizada assume os cuidados com o estoma. Dentre os tipos de complicações, são mais comuns os seguintes eventos precoces: isquemia ou necrose da alça exteriorizada, sangramento, retração, infecção, edema, dermatite periestoma. Tardias: estenose e obstrução, prolapso, hérnia, fístulas (BRASIL, 2021).

PRECOCES

Muitos pacientes submetidos a cirurgia para criação de uma ostomia sofrem complicações durante o período pós-operatório precoce. Apesar dos avanços significativos que foram feitos na cirurgia para formação de uma ostomia as complicações podem ocorrer. Estas influenciam não apenas os cuidados imediatos pós-operatórios, mas também têm impacto na qualidade de vida do ostomizado. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de uma complicação, e intervenções pontuais são cruciais para manutenção de uma ostomia viável e um bom resultado cirúrgico. A avaliação e gestão da ostomia e das complicações periestomais durante o período pós-operatório precoce são fundamentais para uma adaptação bem sucedida a uma nova situação.

Necrose

No pós-operatório imediato as ostomias podem apresentar áreas de isquemia, geralmente após 24 horas. A isquemia ocorre pela redução ou interrupção do fluxo sanguíneo local. Técnica inadequada é a primeira hipótese, com ostomia por tensão ou torção. Convém ressaltar situações de choque hipovolêmico ou séptico, que compromete a circulação esplâncnica geral, ficando a ostomia isquêmica temporariamente pelo baixo fluxo sistêmico. A ostomia se apresenta de coloração arroxeadada, evoluindo diariamente para enegrecida. Ao toque, constata-se um tecido descamativo, friável, de odor fétido (CAETANO, 2019).

A necrose pode ser classificada como superficial ou profunda. Superficial quando não compromete mais do que um terço da circunferência da ostomia, e o tecido necrótico se solta com a limpeza local, expondo-se o tecido róseo e saudável. E profunda quando o tecido necrótico atinge planos de aproximadamente 2 cm, sendo necessária a ressecção do segmento afetado e, conseqüentemente, a reconstrução da ostomia (CORREA *et al.*, 2021).

A ostomia necessita ser inspecionada regularmente, deve apresentar coloração avermelha úmida ou rosada e ter uma ligeira protrusão acima da pele periestomia, como representada na figura abaixo.

Figura 1. Necrose em ostomia.



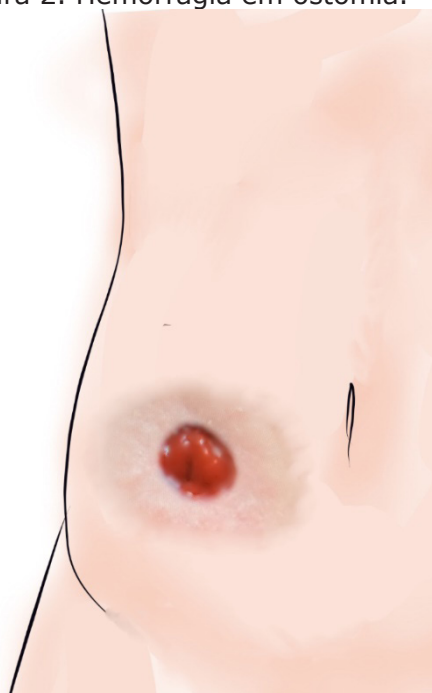
Fonte: autores.

Hemorragia

Hemorragia pode ocorrer nas primeiras horas após a confecção da ostomia, geralmente em decorrência da hemostasia inadequada durante a construção da ostomia. Ressalta-se que um pequeno sangramento inicial pode acontecer, mas, se for contínuo e abundante, um atendimento hospitalar deve ser procurado imediatamente.

Sangramentos são mais observados em pacientes com ileostomia que com colostomia, sobretudo devido a doença inflamatória intestinal e em associação com colangite esclerosante. Pacientes usuários de drogas anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, podem apresentar tal complicação, seja em decorrência de doenças de base, seja de drogas em uso. A abordagem inicial pode ser a pressão local direta e/ou aplicação de gelo. Outras alternativas, como a sutura hemostática das áreas sangrantes, administração de beta-bloqueadores e escleroterapia (BRASIL, 2021).

Figura 2. Hemorragia em ostomia.



Fonte: autores.

Retração

A retração é uma das complicações com mais frequências nas ostomias terminais, podendo aparecer no pós-operatório imediato como no tardio. Os fatores de risco geralmente estão relacionados para a distensão da parede do abdômen, na remoção precoce do suporte de alça de sustentação, na técnica falha de construção cirúrgica, no surgimento de necrose, bem como no ganho de peso excessivo após o pós-cirúrgico (DA SILVA *et al.*, 2021).

O surgimento da retração influencia diretamente no cuidado da ostomia e da pele periestomia, desencadeando assim, inúmeras intercorrências aos pacientes, como, por exemplo, a dificuldade de aderência do equipamento coletor, e ocorrência de vazamento

de efluente intestinal (NEIVA et al. ,2020).

A retração dependendo da gravidade e pode estar associada a outras complicações, como a dermatite periestomia e a estenose. Um dos equipamentos indicados para o manejo da retração é o coletor de placa convexa, no qual contribui na projeção da estomia para dentro da bolsa.

Figura 3. Retração em ostomia.

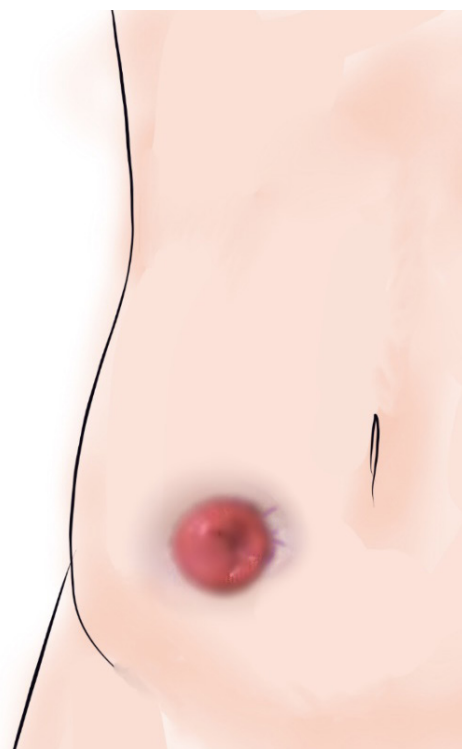


Fonte: autores.

Deslocamento mucocutâneo

O Deslocamento mucocutâneo pode ocorrer no pós-operatório, no qual as ostomias no qual ocorre a ruptura da linha de sutura entre a ostomia e a parede abdominal. Os fatores de risco estão associados para a tensão excessiva na sutura, infecção na linha de junção, necrose da ostomia, problemas oriundos da cicatrização da ferida operatória, bem como o uso regular de terapia com esteroide e dentre outras (BRASIL, 2021).

Figura 4. Deslocamento mucocutâneo



Fonte: autores.

Edema

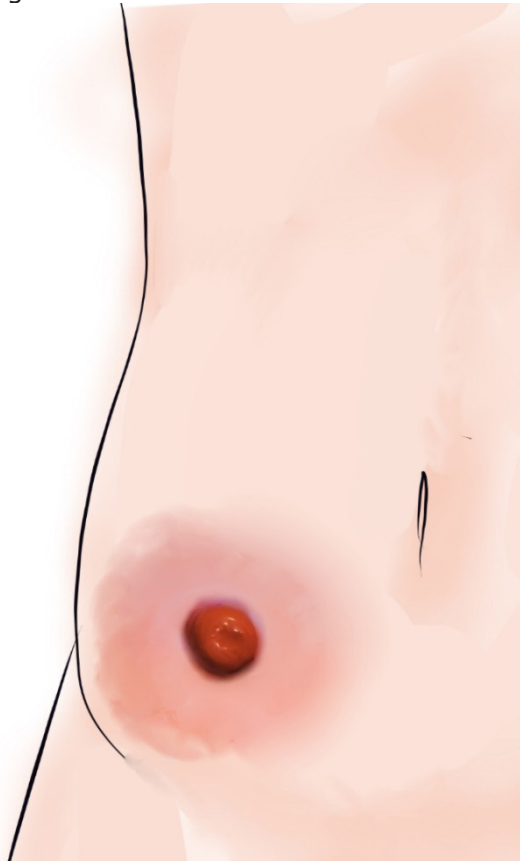
Ocorre pela infiltração de líquido nos tecidos próximos a ostomia e/ou pela mobilização da alça intestinal para sua exteriorização. Sua evolução deve ser acompanhada, uma vez que pode provocar necrose, por diminuição da irrigação sanguínea. O edema habitualmente desaparece ao fim de 2 a 3 semanas (BRASIL,2021).

Dermatites

A dermatite é caracterizada como uma complicação provocada pela irritação da pele ao redor da ostomia pode decorrer do contato com efluente ou produtos utilizados na pele periestomial. Esses agentes causam distúrbios nos mecanismos de defesa da pele, permitindo a penetração de substâncias nocivas e desenvolvendo processo inflamatório. Ela se apresenta como hiperemia, calor, rubor, dor, descamação da pele e até flictenas. A dermatite pode ser por trauma mecânico que incluem técnicas de limpeza ou retirada traumática do dispositivo, fricção ou pressão contínua de dispositivos mal adaptados, ou troca frequente de bolsa coletora (BRASIL,2021).

A dermatite poderá aparecer do uso de produtos contínuos e/ou inadequados, também pode acontecer pela sensibilização do uso contínuos de barreiras adesivas ou micropores, que pode acontecer no primeiro contato ou após anos de contato com o agente sensibilizante.

Figura 5. Dermatites em ostomias



Fonte: autores.

Abcesso e infecção

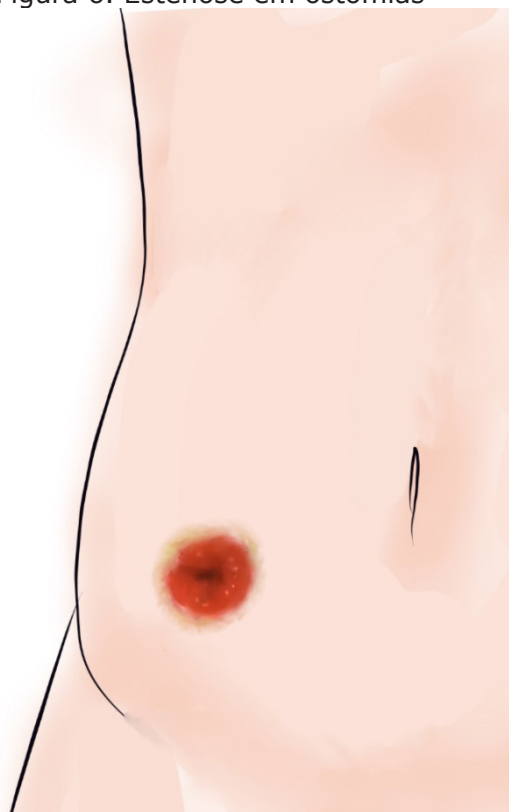
O abscesso é uma das complicações que podem surgir no estoma ou no orifício de exteriorização da alça intestinal. A infecção da mucosa decorre principalmente pelo surgimento fungos ou germes anaeróbicos, podendo ser decorrente, ou não, de isquemia parcial do estoma. Enquanto a infecção que ocorre em torno do estoma pode abranger todo o trajeto da parede abdominal. Geralmente acontece a partir da contaminação no momento da passagem da alça pelo trajeto ou da contaminação no momento da manutenção (DA PAIXÃO *et al.*, 2020).

TARDIAS

Estenose

A estenose é decorrente de um estreitamento da luz da ostomia, ocorrendo geralmente no pós-operatório tardio, a partir do terceiro mês. Na estenose, os primeiros sinais são a eliminação do conteúdo intestinal de formato afilado ou dificuldade nas eliminações. Essa complicação apresenta como fatores predisponentes a inadequada técnica cirúrgica, a retração precoce da ostomia, os processos inflamatórios e também os ganhos excessivos de peso do paciente.

Figura 6. Estenose em ostomias



Fonte: autores.

Prolapso

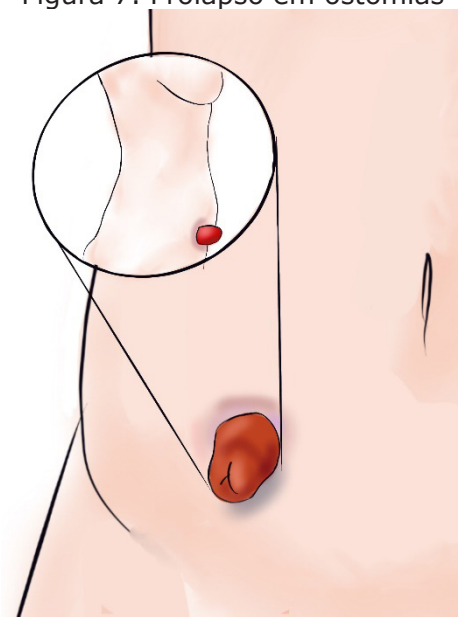
É a exteriorização ou protrusão do segmento da alça intestinal, através do orifício do estoma. Pode acontecer se for utilizado um segmento muito grande na hora da produção do estoma, assim fazendo com que parte do intestino fique visível ou proporcionando uma falha na fixação, possibilitando que a alça intestinal deslize através da parede abdominal.

Existem dois tipos de prolapsos, o parcial e o total. O prolapso parcial ocorre quando a alça é exteriorizada, pregueada e rugosa, pois apenas a camada mucosa está exteriorizada; já o total possui todas as camadas da parede da alça em aspecto liso e de grande extensão. Assim o comprimento e o diâmetro da alça se tornam um problema, pois oferecem dificuldades na hora de ajustar o estoma com prolapso no equipamento coletor, além disso, o estoma começa a produzir muito muco, deste modo diminui a aderência do sistema, conseqüentemente prejudica a saúde do ostomizado, pois todos esses fatores contribuem para acontecer vazamentos de fezes e odores. Esta complicação é mais comum nas ostomias em alça (RODRIGUES *et al.*, 2021).

As principais causas estão relacionadas à execução da ostomia, fixação inadequada do segmento intestinal na parede abdominal e o posicionamento da ostomia fora da bainha do músculo reto abdominal. O prolapso pode acontecer mediante a abertura excessiva da parede abdominal na hora da exteriorização da alça ou por causa do aumento da pressão abdominal (ALALFY, 2021).

A ostomia decorrente do prolapso de alça requer que sejam utilizados equipamentos coletores especiais como à placa plana e flexível. Assim a bolsa necessita também de um diâmetro que seja adequado para conseguir com eficiência dispor tanto da alça intestinal exteriorizada como o efluente. O manejo do prolapso pode ser realizado por meio da redução digital, utilizando manobras consideradas delicadas de alça prolapsada, com uso de compressa fria e úmida, para reintrodução da alça. Embora a maioria dos prolapsos possam ser tratados de maneira conservadora, a revisão cirúrgica é necessária quando ocorre dificuldade no cuidado e manipulação diária, encarceramento ou estrangulamento (LIRA *et al.*, 2021).

Figura 7. Prolapso em ostomias



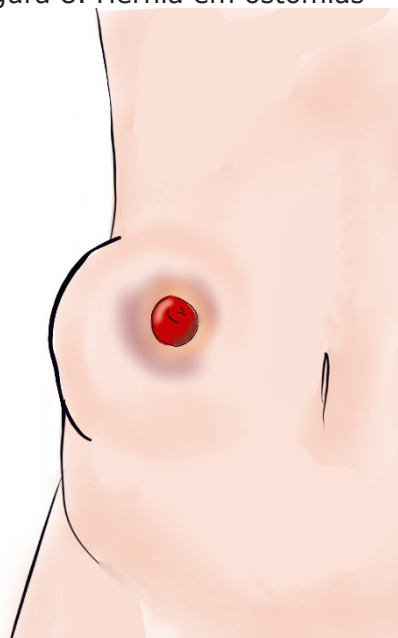
Fonte: autores.

Hérnias

A hérnia paraestomal é uma das complicações decorrentes da protrusão de vísceras abdominais, por meio da abertura para a exteriorização da ostomia, causando uma proeminência na região paraestomal. O seu surgimento está ligada a vários fatores, como, a localização da ostomia em incisão operatória anterior; localização da ostomia fora da bainha do músculo reto abdominal; falha na fixação do mesentério da alça na parede lateral do abdome; além da fragilidade da musculatura abdominal em razão do sedentarismo ou pelo envelhecimento (FURTADO; PETUCO; SILVA, 2018).

Na presença de hérnias a aderência do equipamento coletor fica prejudicada, pode ocorrer vazamento dos efluentes e dermatite na pele periestoma. Dessa forma, em situações que a hérnia esteja presente sintomas como a fragilidade muscular de menor intensidade, é indicada que os pacientes utilizem cinto elástico e/ou cinta abdominal e equipamento coletor com barreira flexível (CAETANO, 2019).

Figura 8. Hérnia em ostomias



Fonte: autores.

Ulcerações

Uma úlcera na área periestomal é causada através de uma pressão excessiva de um cinto para ostomia, ou pela vestimenta apertada, placa rígida, hérnia periestomal ou até mesmo por hábitos relacionados com estilo de vida (DA SILVA *et al.*, 2021).

O surgimento da úlcera provoca feridas que podem ser superficiais, ou seja, atingem somente a epiderme, ou podem ser profundas, que são aquelas que comprometem músculos, tendões, ossos e até órgãos. Os principais sintomas relatados pelos pacientes são dores e/ou hemorragia; úlcera com forma irregular; fugas de efluentes, além do aumento da frequência de mudança do dispositivo (MIRANDA *et al.*, 2018).

Figura 9. Ulcerações em ostomias



Fonte: autores.

Cuidados na presença de complicações

Após a cirurgia, e durante o tempo em que o paciente tiver uma ostomia, os efluentes serão eliminados pela ostomia, sendo necessário um sistema coletor e um protetor cutâneo. Cada ostomia dependendo do seu tamanho e forma, apresenta seus próprios desafios tanto para o cuidador quanto para o paciente.

Todos os efluentes líquidos ou semilíquidos podem prejudicar a pele quando em contato com esta. Os efluentes de uma ostomia de eliminação em particular, de uma ileostomia, por apresentarem um elevado teor de enzimas digestivas, são particularmente caústicos, podendo irritar e lesionar a pele periestomal causando diversas complicações. A utilização de um adjuvante protetor cutâneo que se adapte perfeitamente ao estoma, e de um saco coletor de boa qualidade é essencial para manter a pele periestomal saudável e na presença de complicações promover o bem-estar e melhor qualidade de vida da pessoa ostomizada (NEIVA, et al, 2020).

PROLAPSO

Uma das complicações tardias mais comuns após a construção da ostomia o prolapso de alça configura-se pela exteriorização da alça intestinal, com comprimento a partir de 5cm. Geralmente ocorre em construções de ostomia em alça, especialmente no cólon transverso. As causas mais prováveis são: a exagerada abertura na parede abdominal, com confecção de túnel parietal muito amplo; alça de sigmóide muito alongada e redundante; e súbito aumento da pressão intra-abdominal (RODRIGUES *et al.*, 2021).

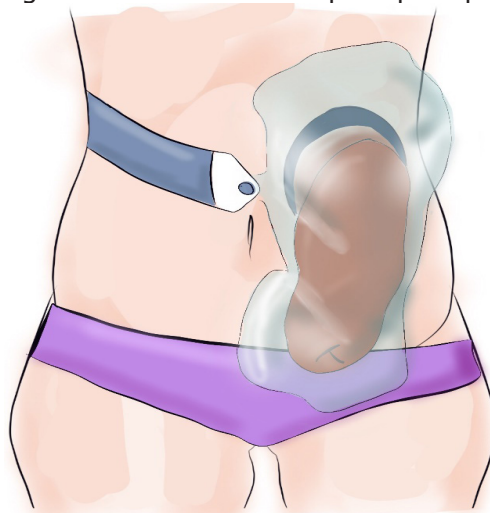
O tratamento é de modo conservador, principalmente se a situação do indivíduo for delicada. Para reduzir o prolapso é necessário massagear delicadamente a alça, assim tentando ajudar o seu retorno para o interior da cavidade. Também se indica o uso de suporte abdominal, como as cintas / cintos para bolsas coletoras, além de bolsas coletoras que sejam maiores que o habitual para comportar a alça exteriorizada e o efluente. Caso o paciente possua mais complicações, além do prolapso, é conveniente o tratamento cirúrgico. Vale lembrar que essa complicação pode estar associada à hérnia periestomal (BRASIL, 2021).

Figura 10. Cinta e bolsa de colostomia



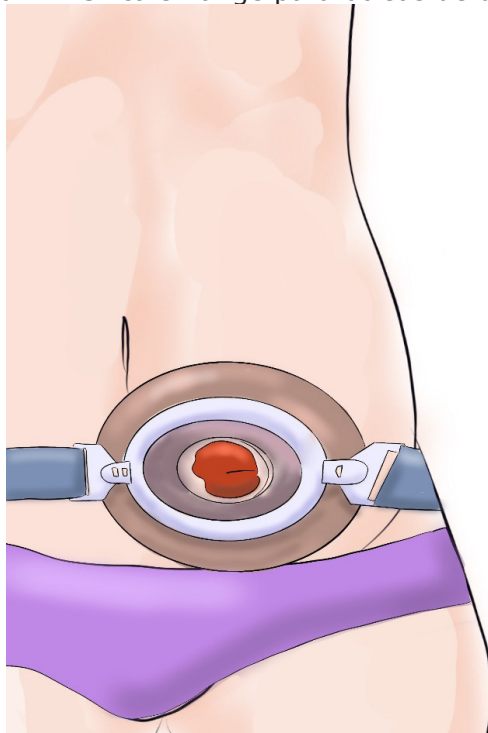
Fonte: autores.

Figura 11. Cinto e bolsa para prolapso



Fonte: autores.

Figura 12. Cinto e flange para bolsas de duas peças



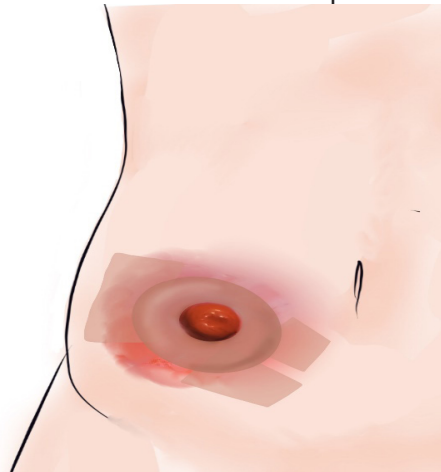
Fonte: autores.

DERMATITE PERIESTOMAL

Dermatite periestomal é definida como inflamação e erosão da pele relacionada à umidade que começa na junção cutaneomucosa e pode se estender para toda área ao redor da ostomia. A principal causa é o contato com efluente ou processo alérgico aos materiais dos dispositivos de uso contínuo.

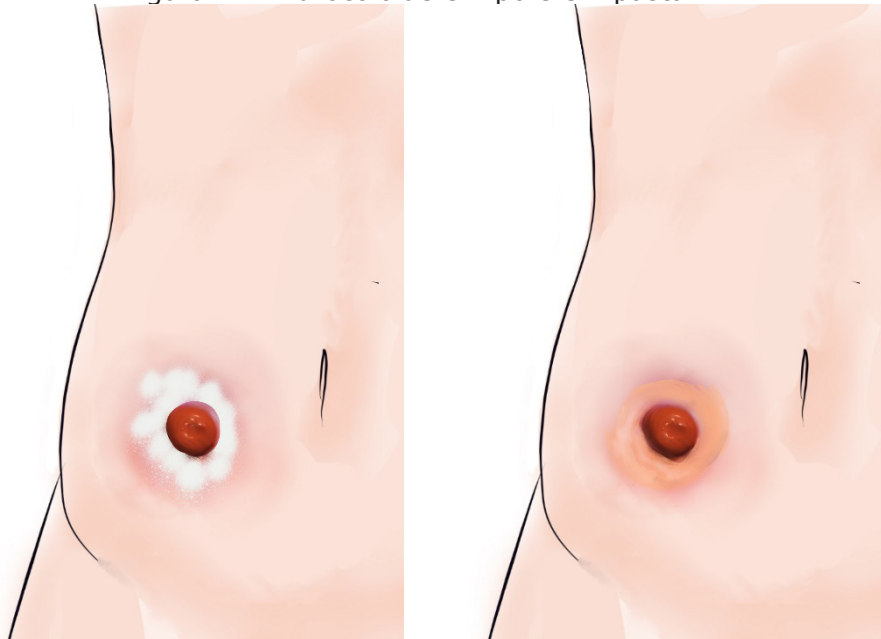
O cuidado em casos de dermatites se inicia pelo gerenciamento da umidade da pele lesionada, e uso de adjuvantes de barreira para evitar o contato do efluente com a pele. Esses adjuvantes podem ser: hidrocolóides disponíveis em diversas formas, como placas, pó, pasta com álcool, pasta sem álcool e em anel. Estes dispositivos também ajudam no tratamento da área lesionada (DE GODOY JUNIOR, 2021).

Figura 13. Uso do hidrocolóide em placas e anel



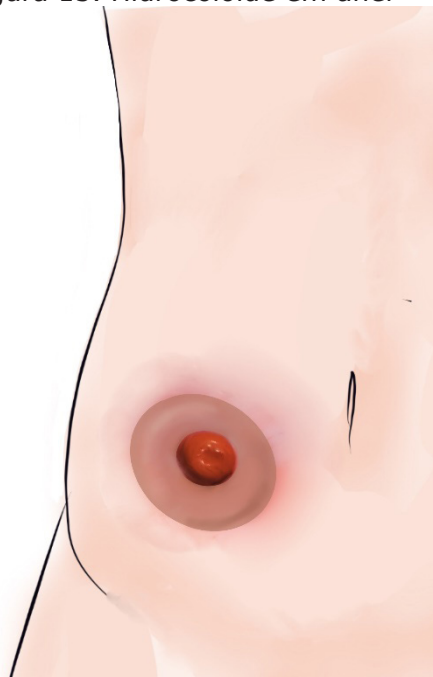
Fonte: autores.

Figura 14. Hidrocolóide em pó e em pasta



Fonte: autores.

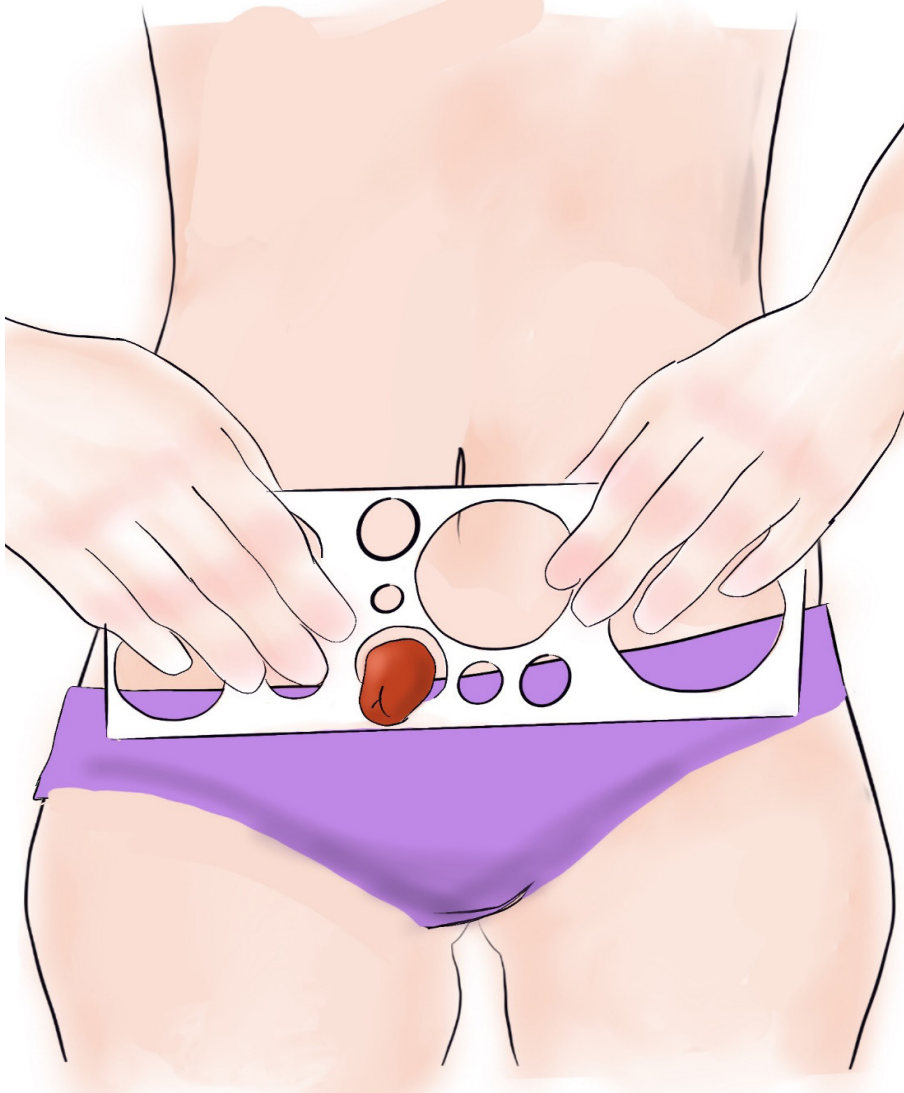
Figura 15. Hidrocolóide em anel



Fonte: autores.

Uma das medidas mais importantes para evitar dermatites é o corte adequado da bolsa na medida correta da ostomia, para isso pode-se utilizar a régua medidora de ostomias. Acrescenta-se a isso a escolha da bolsa coletora adequada para cada ostomia.

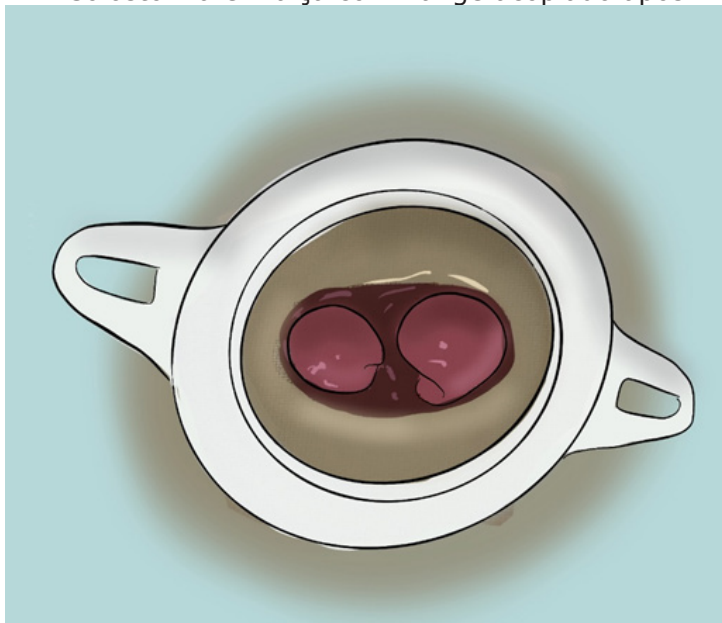
Figura 16. Régua medidora de ostomia



Fonte: autores

Após a medida o corte da parte de colagem (hidrocolóide) da bolsa ficará mais precisa.

Figura 17. Colostomia em alça com flange acoplado após medição.

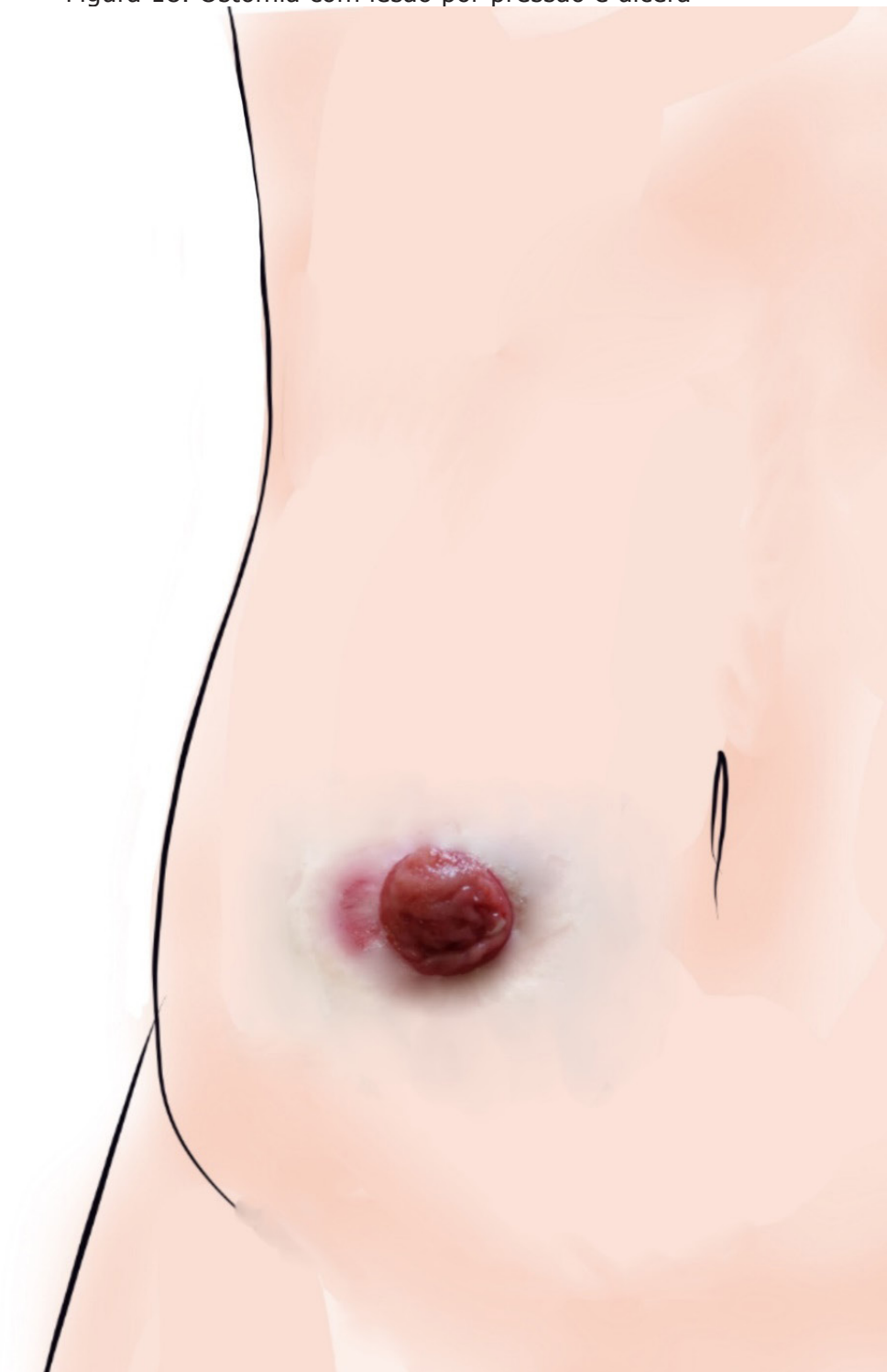


Fonte: autores.

LESÃO POR PRESSÃO / ULCERAÇÃO

Injúria tecidual causada pela pressão exercida pelo uso de uma base adesiva do dispositivo coletor ou por trocas excessivas sem adequado cuidado com a área periestomal resultando em danos físicos a epiderme, gerando o aparecimento de eritema, vesícula, dor e ulcera. Nesse tipo de complicação é necessário a inspeção da pele periestoma nas oportunidades de trocas dos coletores, para avaliar os riscos de úlceras, se possível trocar a base adesiva por outra base menos rígida ou com pressão indireta. Utilizar anéis e pasta de hidrocolóide para suavizar a pressão da base adesiva na pele (DA SILVA, *et al*, 2021).

Figura 18. Ostomia com lesão por pressão e ulcera



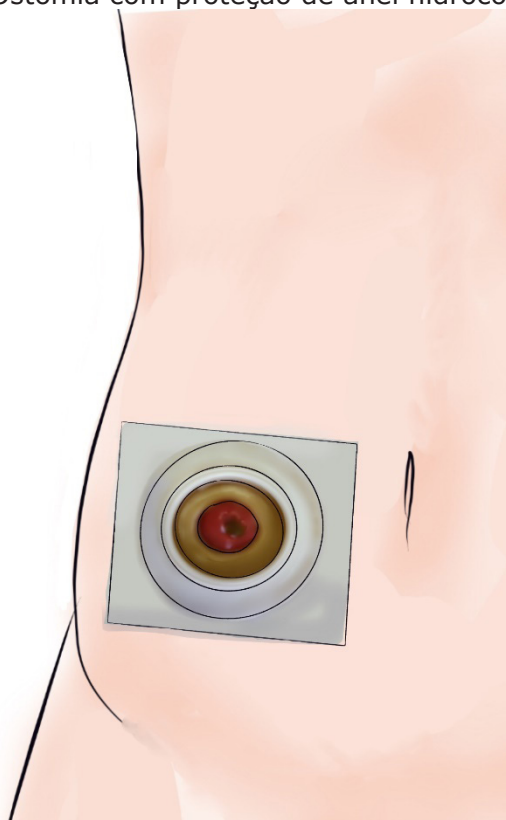
Fonte: autores.

DESCOLAMENTO MUCOCUTÂNEO

O descolamento mucocutâneo trata-se de uma complicação precoce, caracterizada pela ruptura da linha de sutura entre a ostomia e a parede abdominal. Entre os cuidados terapêuticos em casos de descolamento mucocutâneo é necessário avaliar os níveis glicêmicos em diabéticos; realizar controle da temperatura e observar sinais de infecção; aporte nutricional do paciente, visto que estas podem ser alterações que contribuem para a ocorrência desse tipo de complicação (DO AMARAL, 2021).

Limpar o leito da lesão com soro fisiológico morno em jato; usar como cobertura primária alginato ou hidrofibra e pasta protetora de pele para isolar a lesão e adaptar a base adesiva do dispositivo coletor, sendo o de duas peças o mais indicado. Caso não tiver outras coberturas absorventes, usar hidrocolóide em pó como cobertura primária e como secundária pasta protetora de pele com álcool, pela facilidade da aplicação.

Figura 19. Ostomia com proteção de anel hidrocolóide

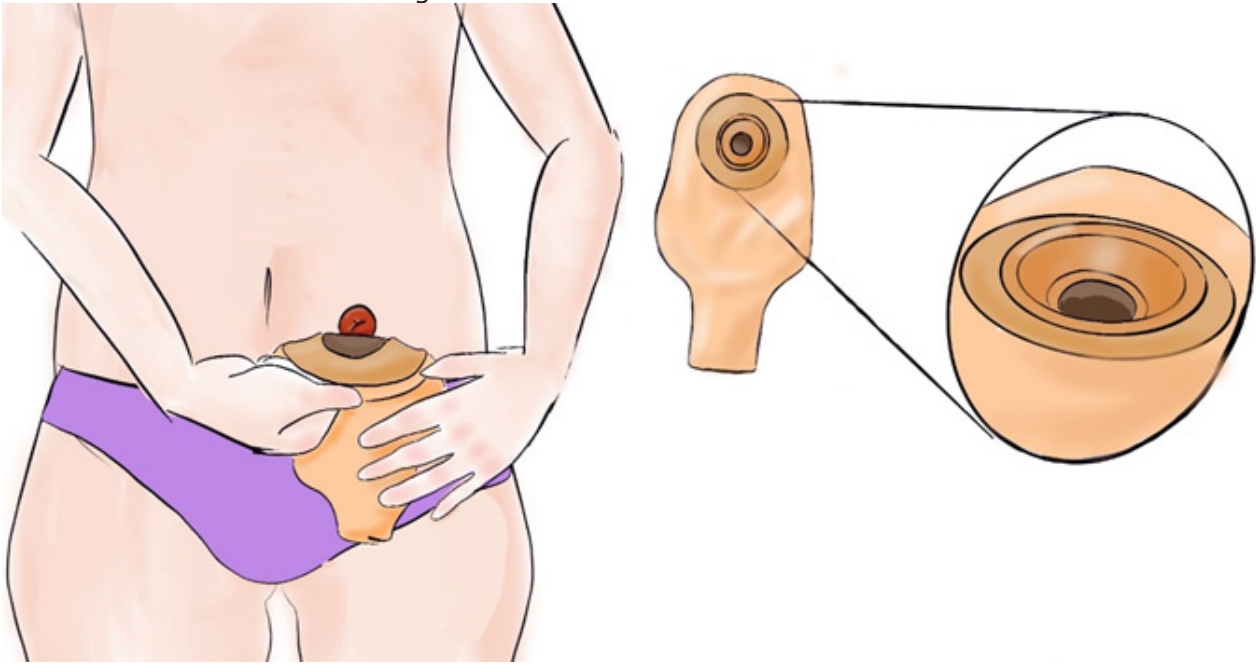


Fonte: autores.

RETRAÇÃO

A retração ocorre devido à má fixação ou insuficiente exteriorização da alça intestinal levando ao deslocamento do estoma para a cavidade abdominal, pode ou não estar associada ao descolamento mucocutâneo. Com a retração da ostomia ocorre a dificuldade em manter a aderência das placas adesivas e, conseqüentemente, do dispositivo coletor o que causa vazamento do efluente e contato desse com a pele proporcionando outras complicações a exemplo da dermatite periestomal. Assim, para devolver o conforto do paciente, indica-se o uso de barreira convexa, a fim de projetar o estoma acima da linha do abdômen (BRASIL, 2021).

Figura 20. Bolsa com barreira convexa



Fonte: autores.

Essas complicações impactam de forma negativa o cotidiano da pessoa com ostomia, afetando diretamente o seu autocuidado e demandando aumento de custo com o uso de adjuvantes, tempo maior de internações e maiores dificuldades para a reabilitação.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Franciele Aparecida Saraiva de et al. Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 105-110, 2019.
- ALALFY, Tamer R. et al. Cirurgia para prolapso de estoma complicado: a técnica de Altemeier é uma opção? Um relatório de três casos. **J. Coloproctol. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, pág. 37-41, março de 2021. Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632021000100037&lng=en&nrm=i-so>. acesso em 21 de junho de 2022. Epub em 16 de julho de 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 18 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Decreto-lei no. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000 e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.
- CAETANO, Milena Gama. Avaliação do perfil de pacientes enterostomizados em hospital geral de urgência de Sergipe. 2019.
- CREMA, Eduardo; SILVA, Rosemary. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed. Uberaba: Pinti, 1997.
- CORREA MARINEZ, A. et al. MethodsofColostomyConstruction: No EffectonParastomal Hernia Rate: ResultfromStoma-const-ARandomizedControlledTrial. *AnnalsofSurgery*, v. 273, n. 4, p. 640–647, 1 abr. 2021.
- CUNHA, Regina Ribeiro et al. Manual de orientação a pessoa com estomia na região amazônica. 2019.
- DA PAIXÃO, Maria Aparecida et al. Complicações decorrentes dos estomas digestivos de eliminação Importância do cuidado pelo Estomaterapeuta. 2020.
- DA SILVA, Wendy Larissa Costa et al. Assistência de enfermagem prestada ao paciente estomizado no período perioperatório. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7450-e7450, 2021.
- DE GODOY JUNIOR, Paulo Cezar; DE SOUSA, Alexandre Venâncio. Revisão da literatura sobre colostomias e suas complicações no período de 2015 a 2021. **InternationalJournalof Health Management Review**, v. 7, n. 3, 2021.
- DE OLIVEIRA, Isabella Valadares et al. Cuidado e saúde em pacientes estomizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018.
- DO AMARAL, Lucas Camargo Gamba Martins; SAKAE, Thiago Mamôru; DE SOUZA, Gustavo Botega. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com Índice de Comorbidades de Charlson. **RELATOS DE CASOS**, v. 65, n. 2, p. 294-297, 2021.
- FLACH, Diana Mary Araújo de Melo et al. Avaliação em saúde: avaliabilidade de serviços de saúde para pessoas com ostomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- FURTADO, Sandra Marina da Silva Rosado; PETUCO, Vilma Madalosso; SILVA, Maria Elizete Nunes da. Dermatites periestomias. In: TRISTÃO, Fernanda Sant’Ana; PADILHA, Maria Angélica Silveira. **Prevenção e tratamento de lesões cutâneas**: perspectivas para o cuidado. Porto Alegre: Moriá, 2018. cap. 8, p.153-178.
- LIRA, G. H. S. D. et al. Prolapso de Colostomia em Paciente com Adenocarcinoma de Cólon Direito. **JournalofColoproctology**, v. 41, n. S 01, p. A443, 2021.
- NASCIMENTO, Euzagleiziane Alves et al. ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES OSTOMIZADOS. In: **Congresso Paulista de Estomaterapia**. 2021.
- NEIVA, Erika Costa et al. COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGICAS NO PACIENTE OSTOMIZADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **ÚNICA Cadernos Acadêmicos**, v. 3, n. 1, 2020.
- RODRIGUES, D. G. P. L. et al. Prolapso de Colostomia Terminal Associado a Hérnia Paracolostômica. Mudança de Sítio como Ótima Alternativa–Relato de Caso. **JournalofColoproctology**, v. 41, n. S 01, p. A278, 2021.

RODRIGUES, Helena Aparecida; BICALHO, Elizaine Aparecida Guimarães; OLIVEIRA, Renata Ferreira. Cuidados de enfermagem em pacientes ostomizados: uma revisão integrativa de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 5, n. 1, p. 110-120, 2019.

SAMPAIO, Luis Rafael Leite et al. Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 63-71, 2019.

SILVA, Iara Florencio da; SILVA, Maryara Glória Santos da; SILVA, Rubiane Gouveia de Souza. Atuação do enfermeiro na promoção do autocuidado de pacientes com ostomias intestinais. 2021.

SOBRADO JUNIOR, Carlos Walter et al. Tratamento local do prolapso de colostomia com a técnica MESH STRIP: Uma nova e altamente eficiente técnica de hospital-dia. **Clínicas**, v. 75, 2020.

TOMAZ, Sandra Raquel Gomes. **Vivência (s) e significados da sexualidade na pessoa com ostomia de eliminação intestinal**. 2018. Tese de Doutorado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

CAPÍTULO 5

NUTRIÇÃO DOS PACIENTES OSTOMIZADOS

Hárinna Carla Oliveira da Silva
Carolina Leão Menezes Andrade
Marla Cavalcante Pantoja
Eduarda Batista Logrado
Ewerton Lima da Silva
Mariana Reis Soares
Mauro Pantoja
Priscila Xavier de Araujo

Uma alimentação equilibrada, variada e saudável, que respeite as necessidades nutricionais, preferências e tolerâncias, é fundamental para promover bem-estar físico, mental e social, sendo importante em todas as fases da vida. Comer é um dos grandes prazeres do homem e isso não deve mudar ao se ter uma ostomia. É necessário entender que os efeitos dos alimentos no organismo variam de pessoa para pessoa, assim é importante identificar na alimentação habitual o que pode causar algum desconforto, como constipação, gases, diarreia e cheiros desagradáveis, e o que pode ajudar a controlar esses sintomas.

No que diz respeito às pessoas ostomizadas, as práticas alimentares podem provocar repercussões bastante significativas no processo de adaptação à sua nova condição de vida. Desta forma, oferecer cuidado à pessoa ostomizada requer a percepção das singularidades de cada indivíduo, compreendendo as fases de enfrentamento e adaptação tanto em relação aos aspectos emocionais, quanto às mudanças físicas decorrentes desta nova condição.

Os pacientes que tem a indicação de realização de ostomias intestinais, procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do íleo (ileostomia) ou do cólon (colostomia) para a parede abdominal, podendo ser uma condição temporária ou definitiva, ao retornar para casa após a alta hospitalar, precisa assumir alguns cuidados com relação a alimentação. Dentre outros fatores, o fracionamento das refeições, a consistência e composição da dieta implicam na manutenção ou melhora do estado nutricional, considerando que suas funções intestinais estão comprometidas, o que resulta na necessidade de condutas que auxiliem na regulação da homeostase orgânica prejudicada, equilíbrio hidroeletrólítico e adequada absorção de macro e micronutrientes.

Hábitos alimentares de estomizados são cercados de mitos e tabus sem nenhum tipo de confirmação científica, muitos pacientes deixam de consumir determinados alimentos e com isso podem acabar prejudicando seu estado nutricional. Tendo em vista que também há possíveis perdas nutricionais devido a retirada de uma parte do intestino. A perda de qualidade de vida indica que o conhecimento da qualidade de vida associada à saúde, a ingestão alimentar e estado nutricional, são aspectos importantes para determinar prevenção de desvios nutricionais. Manter um estilo de vida saudável adequado e conduzir as saídas do estoma estabelece os principais desafios no estado nutricional desses pacientes (OLIVEIRA, 2017).

O controle das funções intestinais pode contribuir para melhorar a qualidade de vida do ostomizado que passa a adquirir certos hábitos para sanar ou amenizar os problemas desagradáveis decorrentes de sua nova condição; como diarreia, constipação, odor e flatulência. As informações trocadas entre os ostomizados, assim como a influência de familiares e amigos acerca dos alimentos que podem contribuir para esse controle, passam a se configurar hábitos alimentares, os quais são valorizados e frequentemente utilizados pelos ostomizados. Percebe-se que os hábitos alimentares são adquiridos na busca por bem estar, os ostomizados são influenciados a ingerir ou evitar o consumo de determinados alimentos por conta dos enormes atributos conferidos a eles.

Em relação à avaliação e equilíbrio da dieta dos ostomizados, é relevante destacar

que as mesmas devem ser realizadas pelo Nutricionista no período pré, intra e pós-operatório, pois são de grande importância para o consumo de uma dieta balanceada em proteínas, vitaminas, minerais e calorias, indispensável para uma boa saúde. Dentre os objetivos do cuidado nutricional em pacientes ostomizados incluem: evitar a obstrução da ostomia, promover a cicatrização de feridas e evitar ou diminuir os transtornos gastrointestinais como flatulência, diarreia, constipação e odores desagradáveis.

Também no acompanhamento nutricional o paciente recebe orientações sobre higienização dos alimentos, mãos e utensílios. Um ponto crucial para evitar a contaminação por microorganismos patológicos causadores das Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs) associadas a vômitos e diarreias que trazem prejuízos para a saúde do trato gastrointestinal. A orientação nutricional inclui ainda informações quanto a utilização dos produtos para higienização dos alimentos, que se usados de forma excessiva e incorreta podem causar contaminação química, o que também trará malefícios ao organismo.

Uma pesquisa feita em uma clínica de cirurgia geral no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) na cidade do Recife, PE em 2011, verificou que de 46 pacientes avaliados, 18 eram bem nutridos, 11 moderadamente desnutridos e 17 gravemente desnutridos. Confirma o estado nutricional dos pacientes e a importância da realização de uma atenção adequada nas primeiras horas da internação, adotando estratégias nutricionais para recuperação do estado nutricional.

A confecção de uma ostomia faz com que o processo absorptivo seja interrompido no local em que é criado, modificando a natureza tanto de eliminações, como a habilidade do paciente de absorver nutrientes. Preservar a nutrição adequada e organizar as saídas da ostomia consistem os dois principais desafios do cuidado nutricional em pacientes ostomizados. É preciso avaliar o consumo alimentar dos ostomizados, principalmente devido a cada região intestinal em que foi feita a ostomia e suas alterações peculiares. A colostomia é colocada na região do cólon (ascendente, transversa, descendente ou sigmoide) nesta, a formação fecal é intermitente próxima de uma defecação normal que vai desde fezes semilíquidas a consistência normal com pouca ou nenhuma perda nutricional, já a ileostomia é colocada no intestino delgado região de absorção de nutrientes com fezes líquidas, abundantes com enzimas digestivas e de forma contínua podendo ocorrer perdas nutricionais de cálcio, magnésio, ferro, vitamina B12, vitaminas A, D, E, e K, ácido fólico, água, proteínas, gorduras e sais biliares.

Ao que se refere a terapia nutricional do paciente ostomizado, a mesma deve estar de acordo com as necessidades individuais e constituir-se de hábitos alimentares saudáveis, inseridos em uma dieta balanceada, que seja capaz de manter ou recuperar seu estado nutricional, visando sua reintegração à sociedade. O objetivo da orientação nutricional é prevenir a perda de peso, o bloqueio da ostomia, alterações intestinais, e como consequência evitar infecções e irritações na região periestomal. Porém, quando uma abordagem nutricional não considera as particularidades e preferências alimentares do paciente, a adesão à dieta não é garantida, levando a consequências como complicações e intercorrências.

De modo geral as orientações para pacientes ostomizados são: Ingerir uma dieta equilibrada para adquirir vitaminas, minerais e calorias necessárias para uma boa saúde. Incluir um novo alimento de cada vez para analisar os efeitos. Consumir uma grande variedade de alimentos. Comer em intervalos regulares, não pular refeições, pois aumenta



a ocorrência de fezes e gases. Mastigar bem a comida e cortar o alimento em pedaços pequenos também pode melhorar a tolerância. OBS: Essas orientações estão repetidas na parte de "orientações sobre a alimentação"

Tendo em vista a mudança nos hábitos alimentares e o desconforto gerado por alguns alimentos, que causam alterações no dia a dia dos ostomizados, os principais alimentos que causam desconfortos gastrointestinais, destaca-se:

- alimentos constipantes: carboidratos (batata, arroz, amido, farinha, pão branco, biscoito de água e sal), queijo, banana, maçã sem casca, goiaba sem casca e sem semente, massas, inhame, mandioca, farinha de mandioca, farinha de arroz, maisena, pêra sem casca, caju sem casca.
- alimentos flatulentos: repolho, pepino, leguminosas com casca, grão de bico, bebidas gaseificadas, condimentos, alimentos fritos, alimentos ricos em lactose, feijão. Acrescentaria o brócolis, couve flor, couve e couve de Bruxelas. OBS: Feijão e grão de bico são leguminosas, poderia retirar a palavra leguminosas para não ficar redundante.
- alimentos diarreicos: suco de ameixa, frutas secas e hortaliças; grãos integrais, alimentos fritos, ricos em açúcar e condimentados
- alimentos estimulantes do transito intestinal: Sugestão: laxativos feijão, folhosos, mamão, iogurtes, alimentos integrais, aveia em flocos, abacaxi, abacate, ameixa, caqui, laranja com bagaço, mamão, mexerica, manga, morango, melancia
- alimentos que causam odores: álcool, feijão, cebola, alho, pimentão verde, couve, beterraba, pepino, peixe, rabanete, repolho e ovos e algumas especiarias como curry, cominho e chili.

ORIENTAÇÕES SOBRE A ALIMENTAÇÃO

- Comer devagar, mastigando bem os alimentos antes de engolir
- Evite consumo de líquidos junto às refeições.
- Comer com regularidade, várias vezes ao dia e com atenção.
- Sugestão: Fracionar em 6 refeições diárias de 3 em 3 horas, contribuindo para regular o funcionamento do intestino e facilitar a digestão
- Procurar se alimentar em horários semelhantes todos os dias, evitar comer em frente à televisão e "beliscar" entre as refeições. Se sentir fome optar por frutas entre o café da manhã, almoço e jantar.
- Sempre que possível, fazer as refeições em companhia de familiares ou amigos.

- Utilize óleo, sal e açúcar com moderação e prefira os alimentos feitos em casa, diminuindo as frituras e doces.
- Trocar os temperos prontos industrializados por opções mais naturais como cebola, alho, salsinha, manjericão, cebolinha, louro, alecrim e pimenta do reino. OBS: Estão dentre os alimentos a serem evitados.
- Manter a hidratação, o consumo de líquidos é muito importante! Dê preferência para a água, no mínimo 2 a 2,5 litros/dia, e inclua também chás, sucos naturais de frutas e água de coco. OBS: retiraria o suco pois não hidratam tanto quanto água livre e de coco.
- Variar a alimentação, ingerir gorduras boas como o Azeite de Oliva extra virgem, fibras, verduras, carboidratos, proteínas, frutas, de acordo com necessidade nutricional. OBS: fibras podem causar diarreia e dependerá da tolerância individual de cada paciente
- Incluir um novo alimento por vez e observar seus efeitos.
- Preferir alimentos in natura e minimamente processados.
- Evitar os alimentos processados e ultraprocessados

Com o tempo, o organismo vai passando por adaptações após a cirurgia. Na colostomia, a evolução da alimentação é mais rápida e a consistência das fezes se apresenta pastosa ou normal. Na ileostomia, as fezes são de consistência mais líquida ou semilíquida, mas passa a ser mais pastosa geralmente após cerca de 2-3 meses. É importante observar as fezes - cor, cheiro e consistência. Assim ficará mais fácil escolher uma alimentação mais adequada e saudável.

Alimentos que podem ser consumidos para minimizar alguns sintomas:

Na constipação

- Beber bastante água ao longo do dia – 8 a 10 copos/dia.
- Incluir alimentos ricos em fibras.
- Verduras de folhas, de preferência cruas, como alface, rúcula, agrião, espinafre, couve, almeirão, chicória: utilize tudo (folhas e talos).
- Legumes com a casca, como quiabo, abobrinha, mandioquinha, cenoura, berinjela, tomate, jiló.

- Frutas como mamão, ameixa, laranja com o bagaço, tangerina, uva com casca, abacaxi.
- Feijões, ervilha, soja, lentilha e grão-de-bico.
- Prefira pães, torradas e cereais integrais (aveia em flocos, farelo de trigo, linhaça).
- Alguns alimentos podem piorar os sintomas de constipação como: maçã sem casca, goiaba, banana-maçã, caju, refrigerante, batata, mandioca, inhame, farinha branca.

Na diarreia

- Beba bastante líquidos, mantenha hidratação.
- Preferir frutas sem casca e sem sementes, como caju, limão, goiaba, pera, maçã, banana-maçã, laranja-lima sem bagaço.
- Legumes cozidos e sem a casca como abobrinha, mandioquinha, batata, cenoura, inhame, chuchu e beterraba.
- Carnes cozidas, grelhadas ou assadas (retire a pele do frango e a gordura aparente da carne antes do preparo).
- Caldo de leguminosas, como feijões, ervilha, lentilha e grão-de-bico.
- Arroz branco, macarrão, biscoito de maisena, bolacha água e sal.

Flatulência

- Comer devagar e mastigar bem os alimentos.
- Evitar muito tempo em jejum, pois isso favorece a
- produção de gases no intestino.
- O fracionamento da alimentação a cada 3 horas ao longo do dia pode melhorar.
- Evite mascar chicletes e balas.
- Alguns alimentos podem estimular e aumentar a produção de gases: repolho, feijões, leite, queijos fortes (parmesão, gorgonzola), ovo, couve, couve-flor, brócolis, cebola crua, pepino, pimentão, milho, batata-doce e bebidas gasosas.

Antes de cozinhar alimentos como feijão e grão de bico colocar no remolho por no mínimo 12 horas, trocando algumas vezes a água durante o processo

Diminuir o mal cheiro nas fezes

- Frutas perfumadas como maçã, pêssego, pêra
- Iogurte natural ou coalhada
- Espinafre, cenoura e chuchu
- Chás com salsinha, salsa e hortelã

Certos alimentos, como pipoca, frutas secas, uva passa, ervilha, milho, verduras cruas se ingeridos em grandes quantidades e não forem bem mastigados, podem bloquear a abertura da ostomia, o maior risco é para paciente ileostomizados.

O peso corporal é um componente importante da avaliação nutricional porque é marcador indireto da massa proteica e reservas de energia. A perda de peso involuntária tem sido associada a maiores taxas de complicações pós-operatórias. A verificação da composição corporal é importante para verificar a frequência de desnutrição no pré-operatório que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes cirúrgicos. Pode-se verificar a composição corporal através da circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT), a circunferência muscular do braço (CMB), a área muscular do braço (AMBc), o músculo adutor do polegar (MAP).

A obesidade em pacientes colostomizados é considerada como um estado de inflamação crônica assintomático de baixo grau, com implicações em vários sistemas orgânicos, incluindo, em particular, o cólon e reto.

REFERÊNCIAS

- DA SILVA, Alyne França et al. Frequência alimentar e estado nutricional em pessoas com estomia Food frequency and nutritional status in people with stoma. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 28118-28136, 2022.
- DE CARVALHO, Livia Jordania Anjos Ramos et al. High nursing plan for intestinal stomas/Plano de alta de enfermagem para estomizados intestinais/Plan de alta de enfermería para estomizados intestinales. In: **Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde**. 2018.
- DO CARMO AMARAL, Máya Patrícia et al. Tabus alimentares e avaliação nutricional em pessoas com estomia no contexto amazônico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e15311427145-e15311427145, 2022.
- DE LIMA, Luis Henrique Alves et al. PERFIL NUTRICIONAL DOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR PAULISTA. In: **Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436**. 2020. p. 87-92.
- DE MOURA, Elizabeth Marine Silva et al. Relato de Experiência dos Desafios Vivenciados pelo Psicólogo na Criação e Manutenção de um Grupo de Apoio ao Paciente Ostomizado. **Revista Saúde e Educação**, v. 5, n. 1, p. 47-60, 2020.
- DE VASCONCELOS MACHADO, Laura; MASCARENHAS, Myka Paloma Antunes Ferreira; AGUIAR, Natália Santana. 06. O IMPACTO DA ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTES OSTOMIZADOS: REVISÃO DE LITERATURA. **Page 3**, v. 6, n. 10, p. 4, 2019.
- FEITOSA, Yterfania Soares et al. Construção e validação de tecnologia educacional para prevenção de complicações em estomias intestinais/pele periestomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- GERMANO, P.M.L, GERMANO, M.I.S. Higiene e vigilância sanitária de alimentos – 4º Edição Rio de Janeiro, Manole, 2011
- HANUSCH, F. D.; et al. Avaliação nutricional de pacientes submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal: associação entre avaliação subjetiva global, ferramentas de triagem nutricional e métodos objetivos. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. 10 f., 2015.
- KINGAN, MICHAEL J.; KUMP, KATHY. Preparando-se para a Certificação de Ostomia, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*: Maio/Junho de 2022 - Volume 49 - Edição 3 - p 290-293.
- NASCIMENTO, G. F. B.; CAMPOS, J. S. P. Manual de orientação nutricional para pacientes ostomizados. **BRASPEN**, p. 248.2018.
- OLIVEIRA, A. L. Qualidade de Vida Relacionada à saúde e Perfil Nutricional de Portadores de Derivação Intestinal – Colostomia e Ileostomia. 2017. 95 p. Tese de Doutorado (Saúde). Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Saúde. Faculdade de Medicina.
- PINTO, Cassiane da Silva Portela et al. Aplicabilidade da teoria de Orem na Assistência aos pacientes ostomizados. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e454101119939-e454101119939, 2021.

CAPÍTULO 6

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE COM OSTOMIA INTESTINAL

Isaac Prado Ramos

Adria Carolina de Melo Dias

Ana Karoline Brito de Oliveira

Julio de Araujo Rendeiro

Mariana Reis Soares

Priscila Xavier de Araujo

Processo Digestório

O processo de digestão dos alimentos começa na boca, vai para o estômago - onde são acrescentados ácidos e enzimas - depois são direcionados ao intestino delgado (duodeno, jejuno e íleo) onde ao longo dos 6 metros de comprimento ocorre a absorção dos nutrientes como: vitaminas, minerais, proteínas, gorduras e carboidratos, além da água. As substâncias que não forem absorvidas no intestino delgado, vão para o intestino grosso (cólon ascendente, cólon transversal, cólon descendente e sigmoide) em uma mistura predominantemente aquosa, onde, ao longo de 1 metro e meio de comprimento, é absorvida a água e armazenado o bolo fecal que posteriormente será encaminhado para o reto e eliminado através do ânus. Assim, as ostomias de eliminação intestinais (colostomia e ileostomia) são criadas a partir de um procedimento cirúrgico onde se faz a exteriorização para a pele de uma porção do intestino grosso ou do íleo para garantir a eliminação das fezes quando alguma patologia impede o processo natural da eliminação intestinal.

As características das fezes irão depender da porção onde se encontra a ostomia, sendo líquidas / semilíquidas, de cor castanho esverdeadas e pH alcalino, determinando característica corrosiva no caso das ileostomias ou amolecidas e bem formadas, tratando-se das colostomias. Logo, essas características devem ser observadas no momento da escolha dos equipamentos coletores e adjuvantes.

Equipamentos Coletores

O manejo de uma ostomia envolve o uso de um sistema de bolsas para coletar o efluente. É importante no manejo da ostomia fornecer uma vedação segura e consistente na qual não haja vazamento desde o momento em que o sistema de bolsa é colocado no paciente até sua retirada. Quando a vedação da bolsa é inadequada, vários problemas adicionais podem ocorrer, como tempo excessivo dedicado aos cuidados com a ostomia, danos nas roupas, estigma, constrangimento social e participação limitada em atividades interpessoais e sociais.

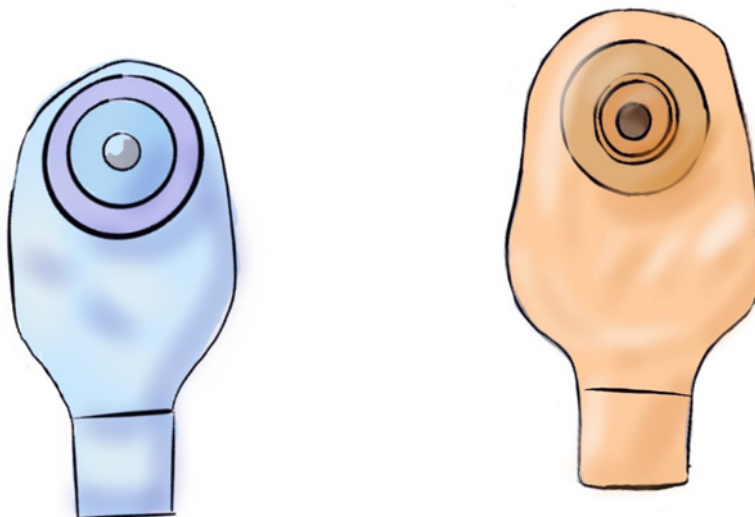
Dessa forma, são essenciais para o bem-estar do usuário: a confiança em obter e manter uma vedação da bolsa, desde o momento da aplicação do sistema de bolsa até a remoção, assim como o fato de evitar vazamentos de tal forma que as fezes não extravasem para a pele e roupas, evitando assim contratemplos.

Os equipamentos coletores podem ser encontrados em diversos tipos e modelos, de acordo com as diferentes necessidades (colostomia, ileostomia e etc), dimensões da ostomia, tipo de pele e presença ou não de alguma complicação.

Características dos equipamentos coletores

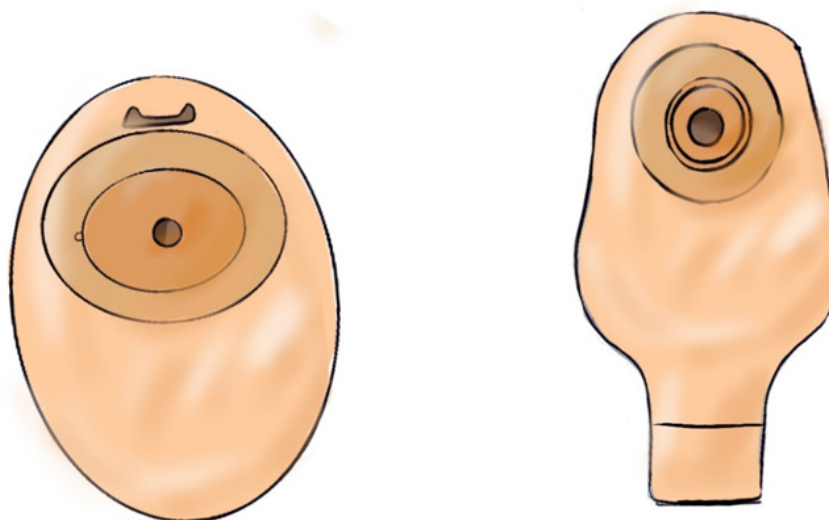
- **Transparentes ou opacos**

Os equipamentos coletores podem ser transparentes ou opacos. Nos transparentes é possível ver o conteúdo dentro dela, o que permite o acompanhamento das condições gerais da ostomia e do efluente, geralmente são utilizadas no período de internação. Já as opacas são mais discretas e possibilitam aos usuários ter menos contato visual com as fezes.



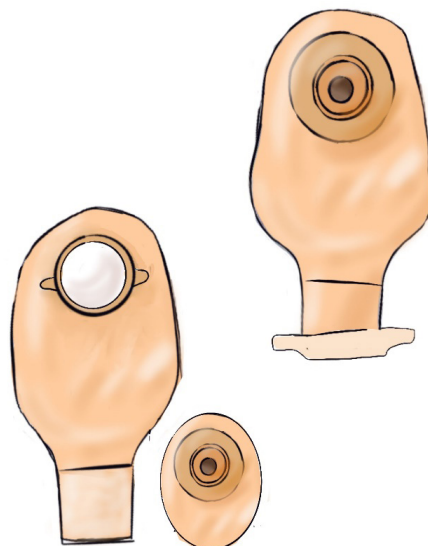
- **Drenáveis e não drenáveis**

Drenáveis possuem uma abertura na extremidade inferior por onde são esvaziadas periodicamente. Possui maior durabilidade e redução das lesões na pele do abdômen, uma vez que a bolsa será trocada menos vezes. Não drenáveis: são bolsas fechadas, e por isso não podem ser esvaziadas e devem ser trocadas quando estiverem 1/3 da capacidade.



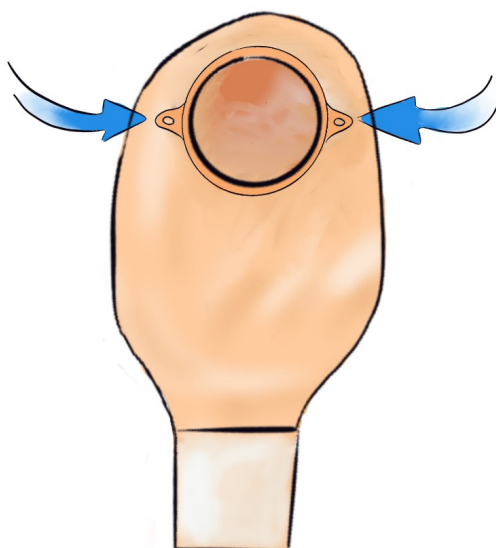
- **Uma peça ou duas peças**

No equipamento de uma peça, a placa (parte com adesivo para fixar na pele) e a bolsa são uma peça só. Essas são as mais utilizadas, por serem simples o uso e terem custo menor. Já nos equipamentos de duas peças, a placa e a bolsa são separadas e, com isso, a bolsa pode ser trocada sem ter a necessidade de tirar e recolocar o adesivo várias vezes, além de facilitar a lavagem interna da bolsa, protege o região periestomal de traumas ao diminuir as trocas.



- **Encaixe para cinto e sem encaixe para cinto**

Os cintos de suspensão podem oferecer uma segurança maior ao usuário com relação à fixação da bolsa no abdômen e por isso existem bolsas coletoras que vêm com o encaixe para o cinto ou sem o encaixe.



- **Bolsa com hastes para encaixe do cinto**

Tipos de placas

As placas podem ser de vários tipos:

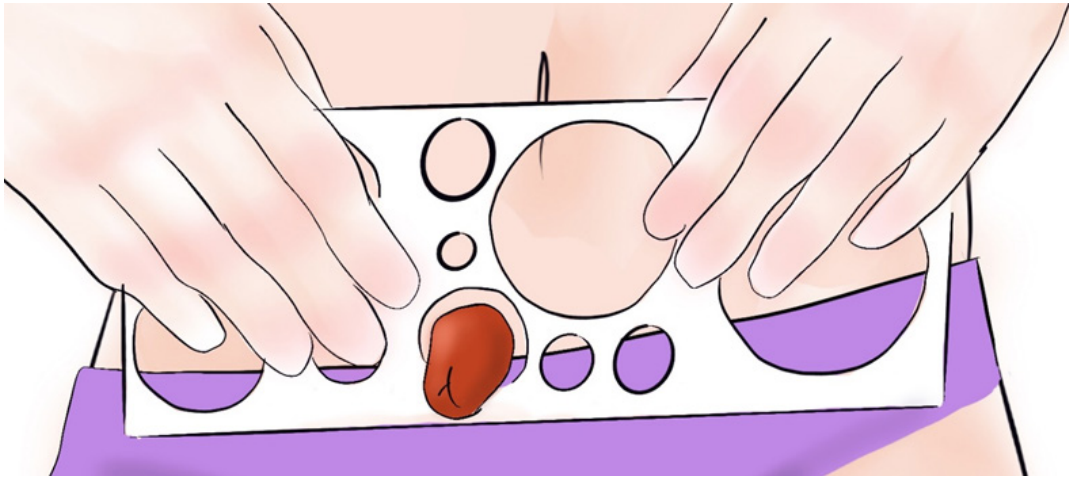
- Flexíveis, que costumam se adaptar melhor as irregularidades da superfície do abdômen;
- Duras, que se adaptam melhor as ostomias altas, acima do umbigo, por terem flexibilidade reduzida;
- Recortável, que permitem um melhor ajuste ao tamanho do orifício que circunda a ostomia;
- Pré-cortadas, que já vêm recortadas de fábrica, não permitindo um ajuste do tamanho do orifício que circunda a ostomia;
- Planas, que apresentam uma superfície regular, são as mais usadas;
- Convexa, que é mais usada pelos pacientes com retração da ostomia.

Colocação do equipamento coletor

- Antes de acoplar a bolsa coletora lave suavemente a pele periostomal e a ostomia, com a ajuda de uma esponja suave, com água morna e sabão com pH neutro. Seque bem a ostomia e a pele ao redor, sem friccionar, e mantenha a pele limpa e seca.



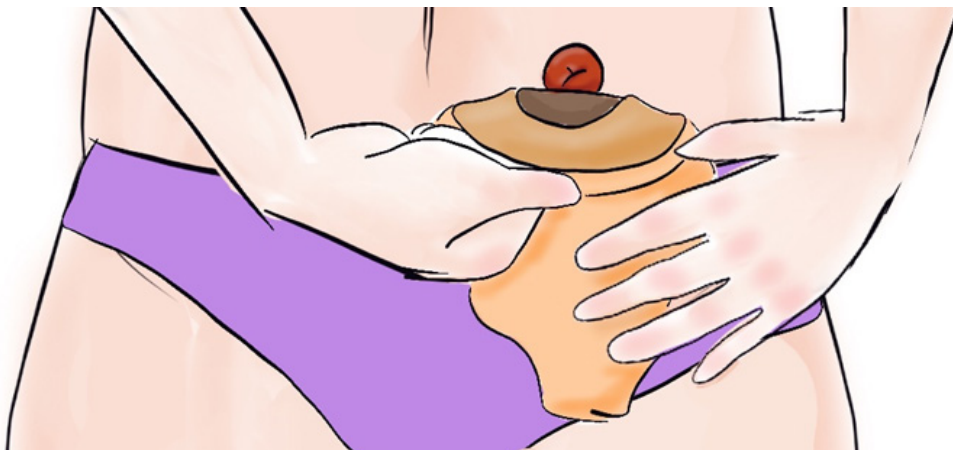
- Faça a mensuração do estoma com o auxílio de um medidor de ostomias.



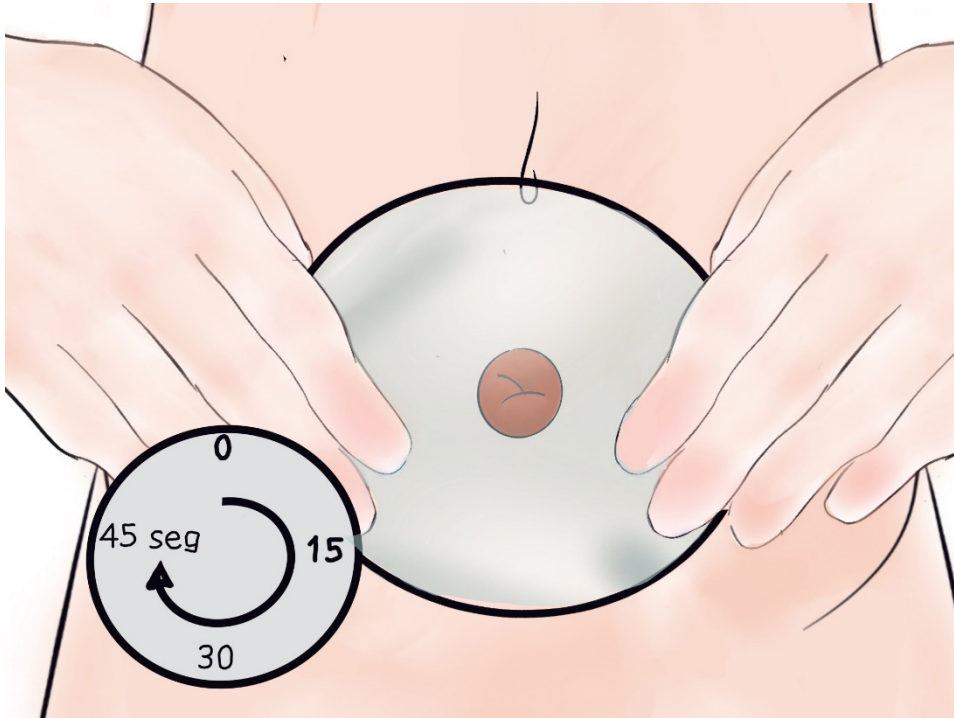
- Recorte a placa da bolsa do tamanho da ostomia.



- Retire o papel que protege a resina. Coloque a bolsa de baixo para cima.



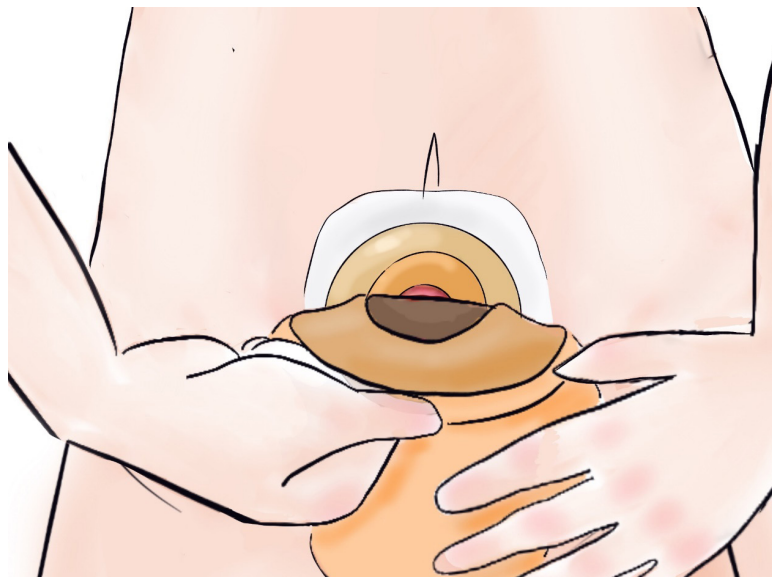
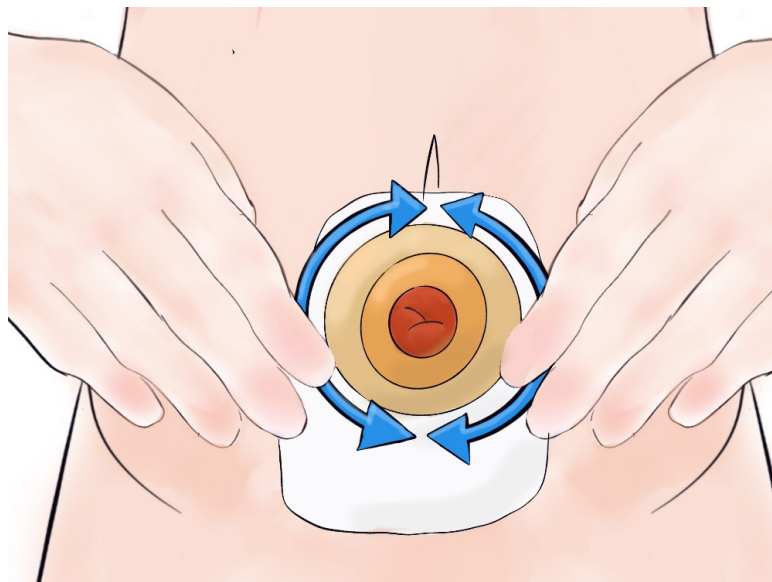
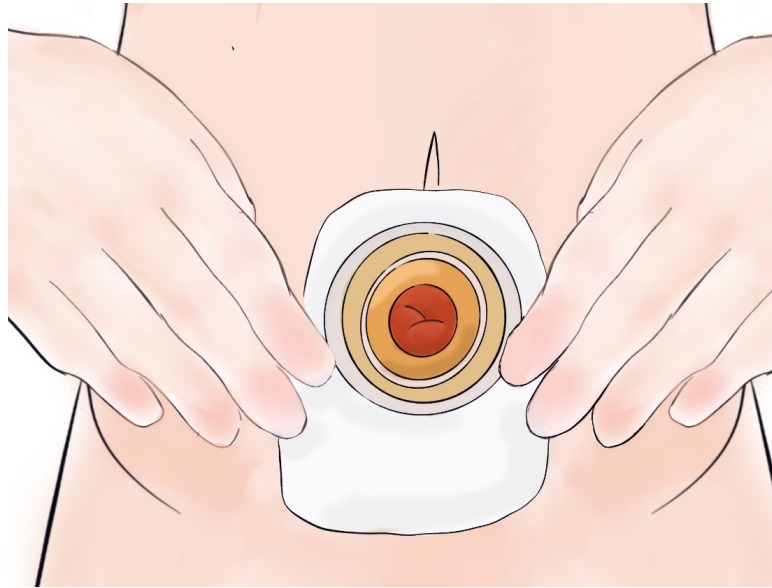
- Procure não deixar pregas ou bolhas de ar que facilitem vazamentos e que acabam fazendo com que o coletor descole. E certifique-se de que a bolsa esteja bem adaptada à pele.



- Retire o ar de dentro da bolsa e feche com o clamp.



- Nas Bolsas de duas peças, o primeiro passo é medir o tamanho da ostomia, cortar a placa adesiva do tamanho ideal, sem deixar espaços entre a ostomia e a placa, colar a placa adesiva na pele e só depois encaixar a bolsa.



Quando esvaziar o coletor ?

Coletores para ileostomias deverão ser esvaziados quando estiverem com pelo menos 1/3 de seu espaço preenchido. É necessário esvaziar constantemente para que ele não fique com peso excessivo e descole da pele.

Coletores para colostomias (fezes) podem ser esvaziados sempre que necessário, conforme necessidade do usuário. O coletor não deverá ser lavado quando for esvaziado, isto não influencia na função da bolsa: a água dentro do coletor faz com que descole mais cedo. Deve-se colocar o clamp com segurança após o esvaziamento.

Quando é necessário trocar o equipamento coletor?

É necessário conhecer a durabilidade e o ponto de saturação (ponto máximo de durabilidade do coletor). A coloração da placa protetora (resina sintética) é amarela. É preciso trocar a bolsa quando estiver ficando quase completamente branco (o chamado ponto de saturação). A partir daí há risco de descolamento e vazamento. Isto geralmente acontece após 4 dias da última troca.

A troca deve ser feita preferencialmente na hora do banho porque é mais fácil descolar o adesivo. Neste momento, deverá ser feita limpeza da pele ao redor do estoma com água do chuveiro ou da torneira com espuma de seu sabonete sem esfregar. Após a limpeza, a pele ao redor do estoma deverá ser seca com um tecido macio. Não deverá ser aplicado nenhum tipo de material na pele, a menos que seja para proteger ou tratar a pele de alguma complicação.

Cuidados com a ostomia

- Observar sempre a cor (deve ser vermelho vivo), o brilho, a umidade, o tamanho e a forma.
- A limpeza da ostomia deve ser feita delicadamente. Não deve ser friccionada, pois há risco de sangramento.
- Qualquer alteração ou ausência de saída de fezes por três dias ou mais, deverá ser comunicada a um profissional capacitado.

Cuidados com a pele ao redor da ostomia

- A limpeza da pele ao redor da ostomia deve ser feita com água e sabonete, sem fricção ou usar esponjas, sendo necessária somente a espuma do sabonete.



- Os pelos ao redor da ostomia devem ser aparados bem curtos, com tesoura. Não devendo ser raspados, pois pode provocar inflamação na raiz dos pelos.
- Sempre que possível exponha a pele ao redor da ostomia ao sol da manhã (até as 10h), por 15 a 20 minutos. Tenha sempre o cuidado de proteger o estoma com gaze umedecida e uso de protetor solar no restante do corpo e rosto.
- Não utilize nenhuma substância como álcool, benzina, colônias, tintura de benjoim, mercúrio, pomadas e cremes. Estes produtos podem ressecar a pele, causar ferimentos e reações alérgicas, além de impedir a adaptação do coletor, que pode descolar e vaziar.

Orientações de Uso dos Adjuvantes

Atualmente, existem vários modelos de bolsas de ostomia e adjuvantes, o que gera mais possibilidades de escolha do equipamento adequado a cada usuário ostomizado.

Os adjuvantes para ostomia contam com várias combinações de polímeros que se comportam de formas diferentes quando aplicados à pele periestomal. Desse modo, atendem às características específicas de cada usuário. Para obter resultado satisfatório, é preciso conhecer o produto a ser utilizado, incluindo sua composição e suas características, devendo ser utilizados em combinação com o dispositivo coletor.

Quando usados adequadamente, os adjuvantes para ostomia previnem complicações periestomia subsequentes. Seu uso justifica-se, principalmente, por melhorar a adesão da placa adesiva; promover a formação de barreira protetora; gerar economia proporcionada pelo aumento da durabilidade do dispositivo.

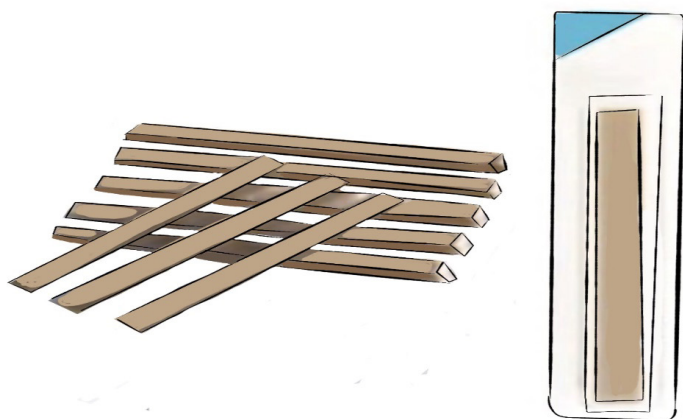
Para a indicação do adjuvante mais apropriado, faz-se necessária uma avaliação ampla e completa de diversos aspectos, que abrange desde a capacidade manual para o autocuidado da pessoa com ostomia, bem como os antecedentes de saúde, inspeção visual do abdômen e da ostomia, até as preferências pessoais para determinado equipamento e possíveis complicações, de pele ou na própria estomia.

Os adjuvantes disponíveis no mercado são diversos. Dentre eles, destacam-se: tiras moldáveis de hidrocoloide; resina sintética em pó; filtro de carvão; cinto elástico, *clamp* para fechamento da bolsa; placas protetoras; protetor cutâneo em *spray*; resina sintética em pastas com e sem álcool; higienizador de pele; creme barreira; e solução lubrificante neutralizadora de odor.

• Tiras Moldáveis de Hidrocoloide

As tiras de hidrocoloide para ostomias são compostas de uma mistura em pó de polímeros hidrofílicos com borracha líquida não volátil, sendo moldáveis e não alcoólicas. Seu objetivo é reduzir o risco de danos cutâneos. Estão indicadas para: nivelamento da pele, preencher vincos e áreas periestomais irregulares e auxiliar na prevenção de vazamentos.

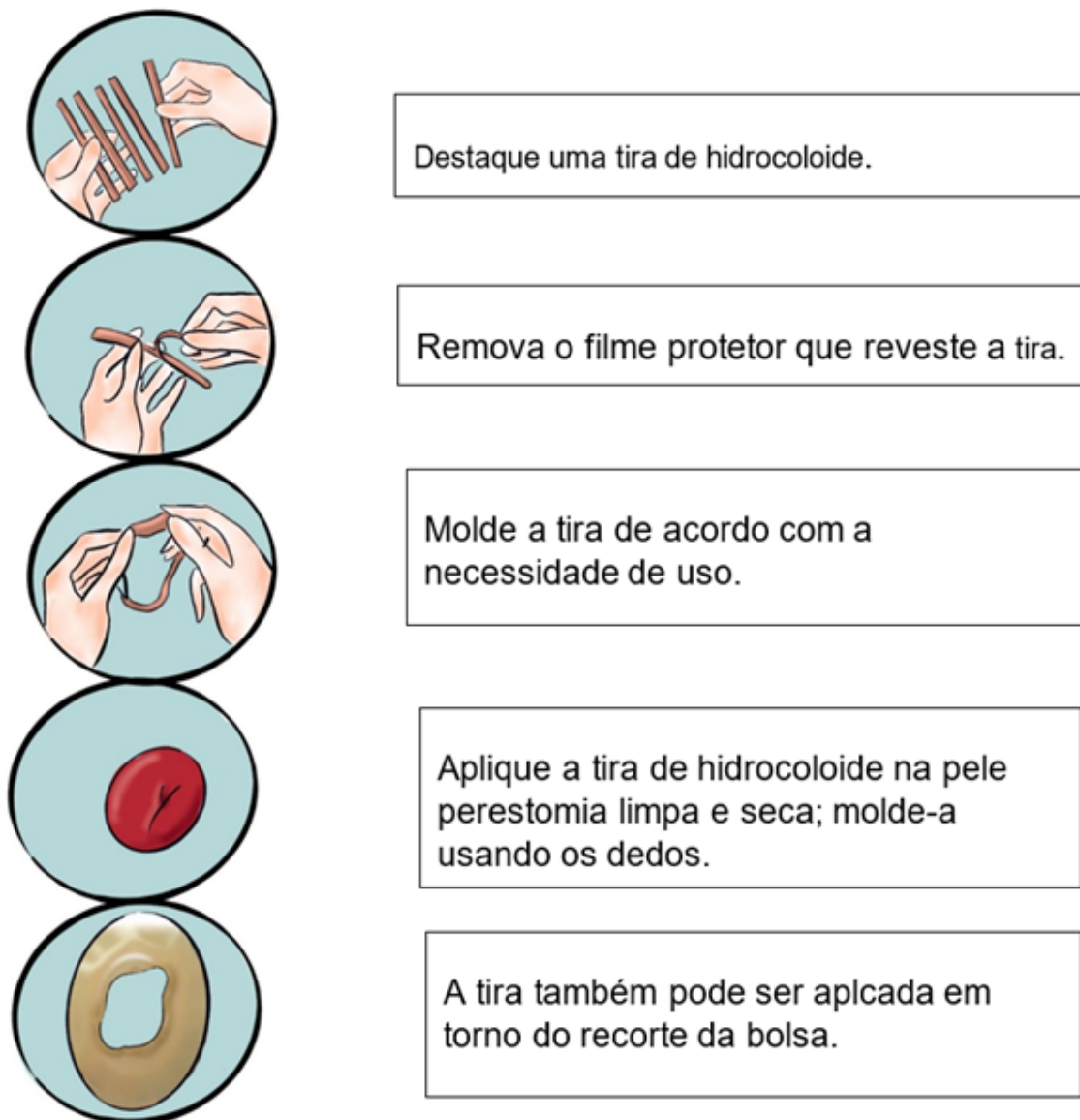
Figura 01. Tiras moldáveis de hidrocoloide



Fonte: autores

As tiras moldáveis de hidrocoloide podem ser utilizadas diretamente na pele do paciente e no entorno do recorte da bolsa, conforme explicado na figura 02.

Figura 02. Orientação para aplicação da tira moldável de hidrocoloide



- **Resina Sintética em Pó**

A resina sintética em pó é composta por carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina. É indicada para os casos de maceração da pele periestomia e dermatite de contato.

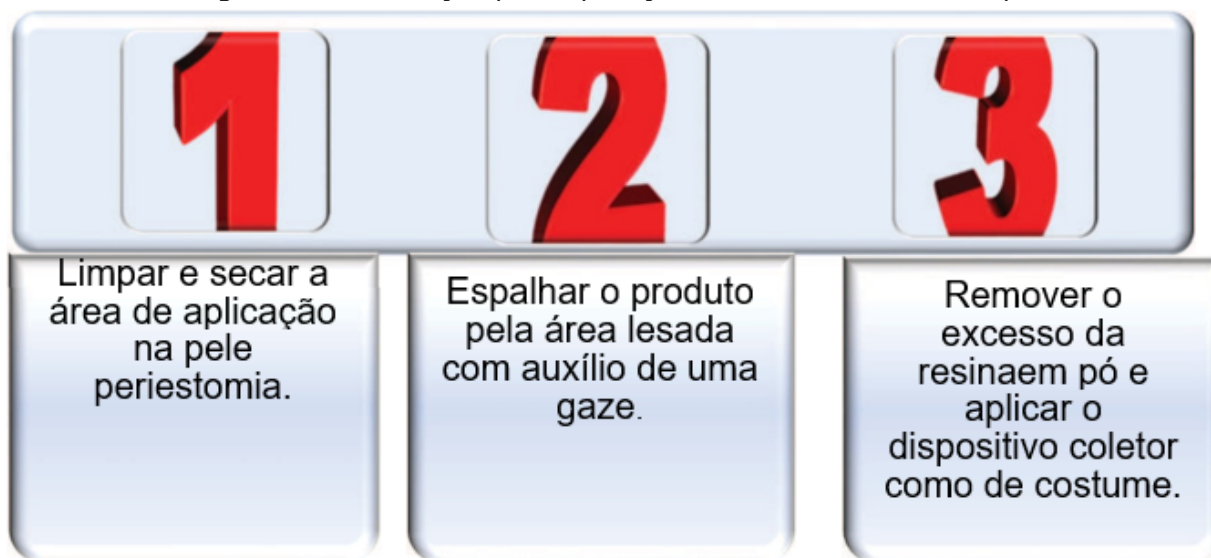
Figura 03. Resina sintética em pó



Fonte: autores.

A resina sintética em pó deve ser utilizada apenas em lesões de pele periestomal com umidade. Após a aplicação, essa umidade é absorvida, aumentando o tempo de adesividade da base e tratando a pele lesada pelos efluentes. Nas Figuras abaixo são descritas as orientações para a aplicação da resina sintética em pó para ostomias.

Figura 04. Orientação para aplicação da resina sintética em pó



Fonte: autores.

Figura 05. Lesão por umidade

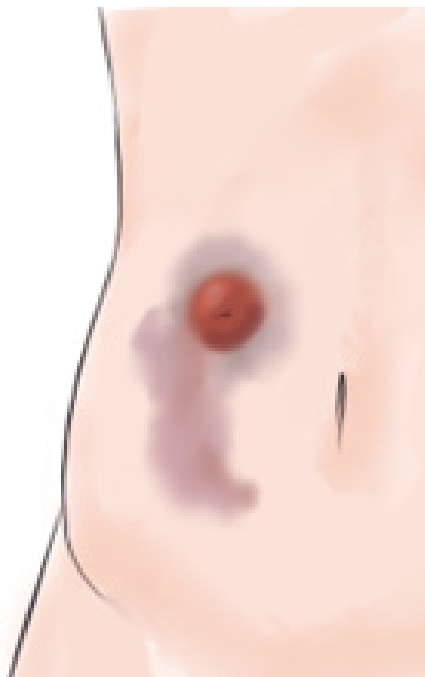
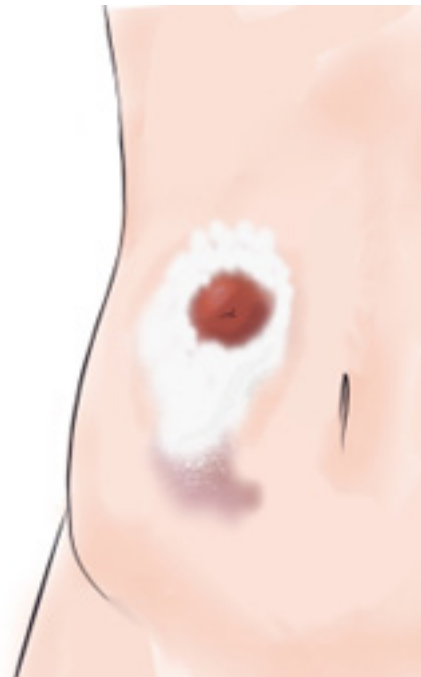


Figura 06. Lesão por umidade com resina sintética em pó



Fonte: autores.

- **Filtro de Carvão**

O filtro de carvão assegura a eliminação sem odor de gases retidos na bolsa e pode vir como parte integrante do coletor ou na forma de cartela adesiva. Tem a função de filtrar o odor proveniente dos gases produzidos, principalmente nas colostomias, liberando o ar e impedindo que a bolsa fique insuflada.

Figura 07. Filtro como parte integrante da bolsa



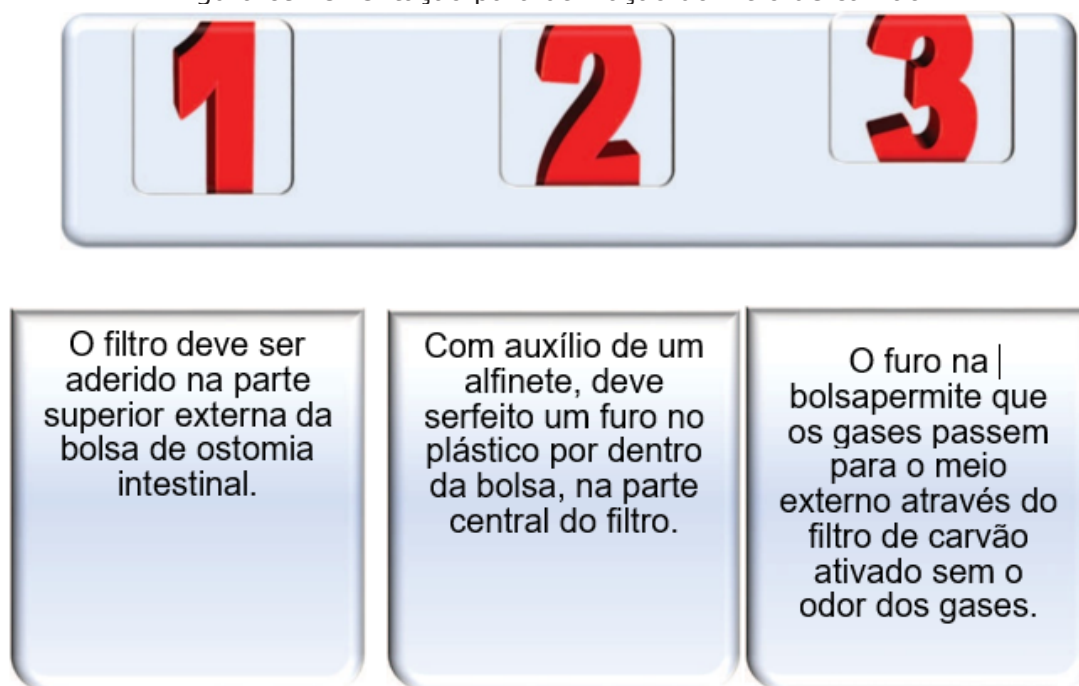
Figura 08. Filtro na forma de cartela adesiva



Fonte: autores

Se o filtro antiodor não vier acoplado à bolsa de ostomia intestinal é necessário aplicá-lo conforme descrita na figura 09.

Figura 09. Orientação para utilização do filtro de carvão

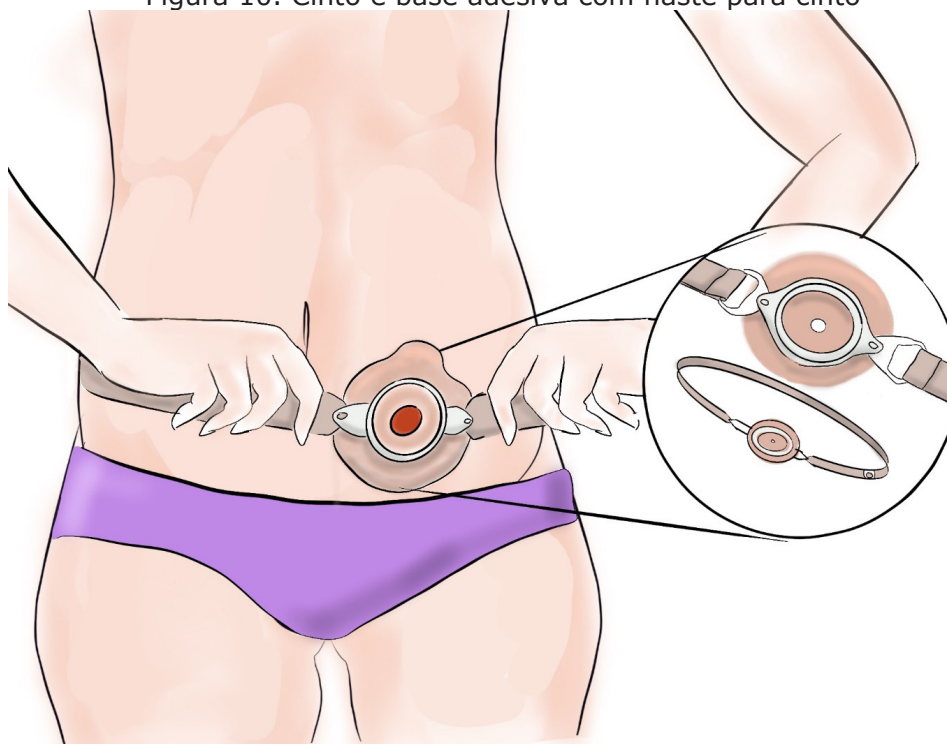


• Cinto Elástico

O cinto consiste em um elástico com encaixes nas extremidades que se adaptam às bases adesivas ou às bolsas, que apresentam haste em forma de linguetas. Tem a finalidade de auxiliar a fixação da base adesiva e pode ser ajustado à circunferência abdominal.

O cinto de ostomia fornece suporte ao sistema de adesão da bolsa coletora ao abdome. Também é indicado para auxiliar o sistema de convexidade no ajuste adequado à pressão exercida pela bolsa no abdome, quando for necessário.

Figura 10. Cinto e base adesiva com haste para cinto

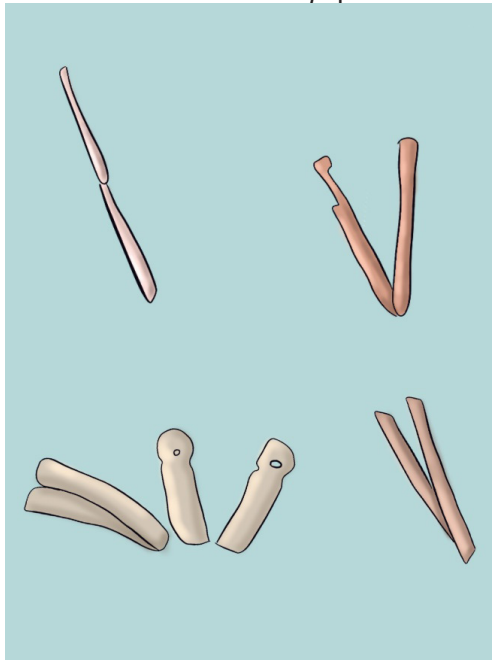


Fonte: autores

- **Clamp para fechamento da bolsa**

O *clamp* para fechamento da bolsa apresenta-se em diversos formatos e é utilizado para ocluir a bolsa drenável, proporcionando vedação para ileostomias, colostomias. Também é conhecido como presilha ou pinça.

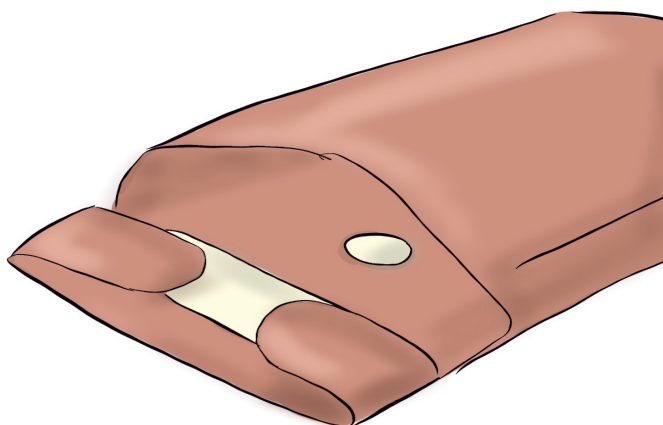
Figura 11. Modelos de *clamp* para fechamento



O formato de fecho em *velcro* é indicado para pacientes com pouca destreza manual ou com dificuldades de visualização da bolsa coletora. Esse modelo de fechamento é de fácil manuseio e está integrado à bolsa.

Algumas vantagens do sistema de fechamento integrado na bolsa coletora é a economia por não comprar o *clamp* e a de evitar o problema como perda ou danificar a peça de fechamento.

Figura 12. Modelo de bolsa coletora com fechamento em *velcro*

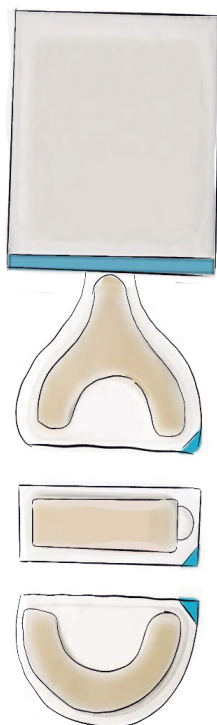


Fonte: autores

● **Placas Protetoras**

As placas protetoras atuam como barreira e como suporte para a fixação do equipamento coletor, principalmente quando a área lesada é extensa. Está indicada para o uso na pele periestomia, reduzindo o risco de irritação pelos efluentes. Contam com as apresentações: placas em formato quadrado, em tiras e em meia-lua.

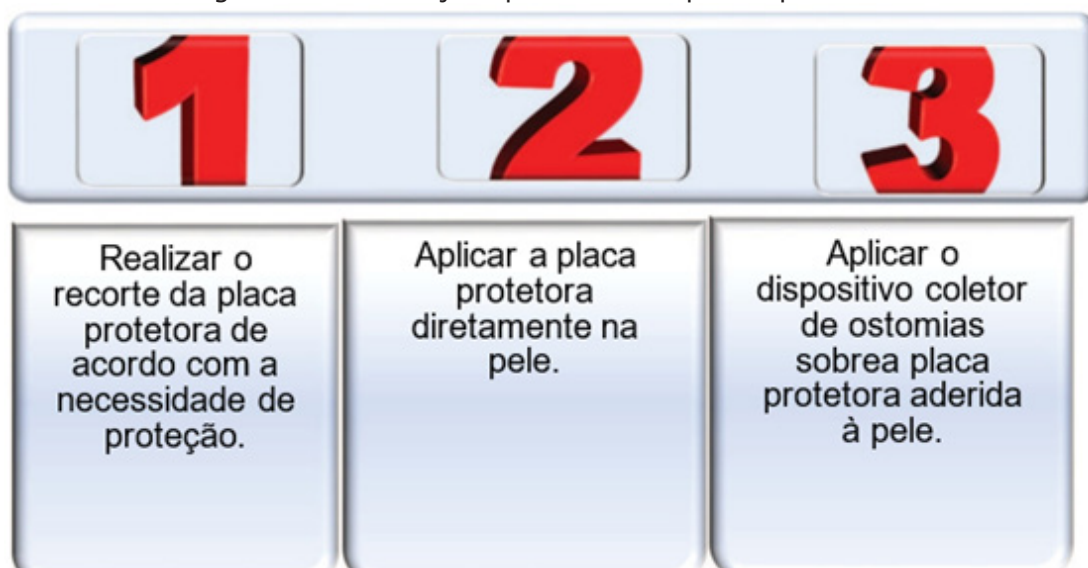
Figura 13. Placas protetoras



Fonte: autores.

As placas protetoras protegem a pele no caso de vazamento do dispositivo e aceleram o processo cicatricial da pele periestomia lesada. Na figura abaixo são descritas as orientações para uso das placas protetoras.

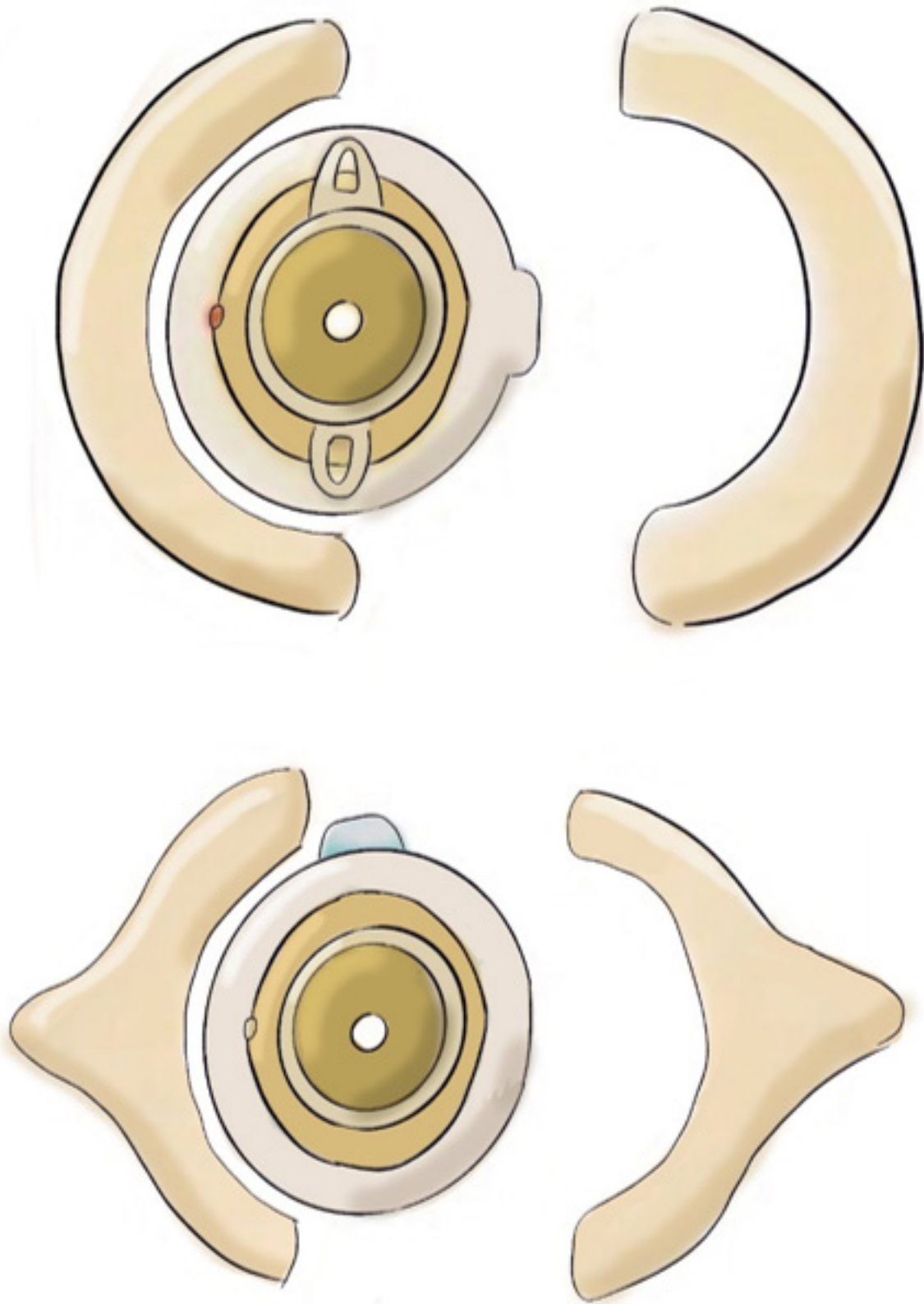
Figura 14. Orientações para uso das placas protetoras



Quando houver a necessidade de auxiliar a fixação da base adesiva do dispositivo coletor à pele, deve-se utilizar fita em formato de meia-lua ou y. Indicada, principalmente,

quando o usuário é alérgico a adesivos microporosos. A fita deverá ficar aderida à pele, cobrindo parte da base adesivado coletor.

Figura 15. Orientação para aplicar as placas protetoras formato meia-lua e y



Fonte: autores

- **Protetor Cutâneo Spray**

O protetor cutâneo spray é uma barreira protetora, que quando aplicada à pele, forma uma película semipermeável e incolor, tornando-se barreira contra fluídos corpóreos advindos da ostomias e/ou fístulas. A película formada com o spray barreira é suficiente para proteger a pele, sendo desnecessária a hidratação após seu uso.

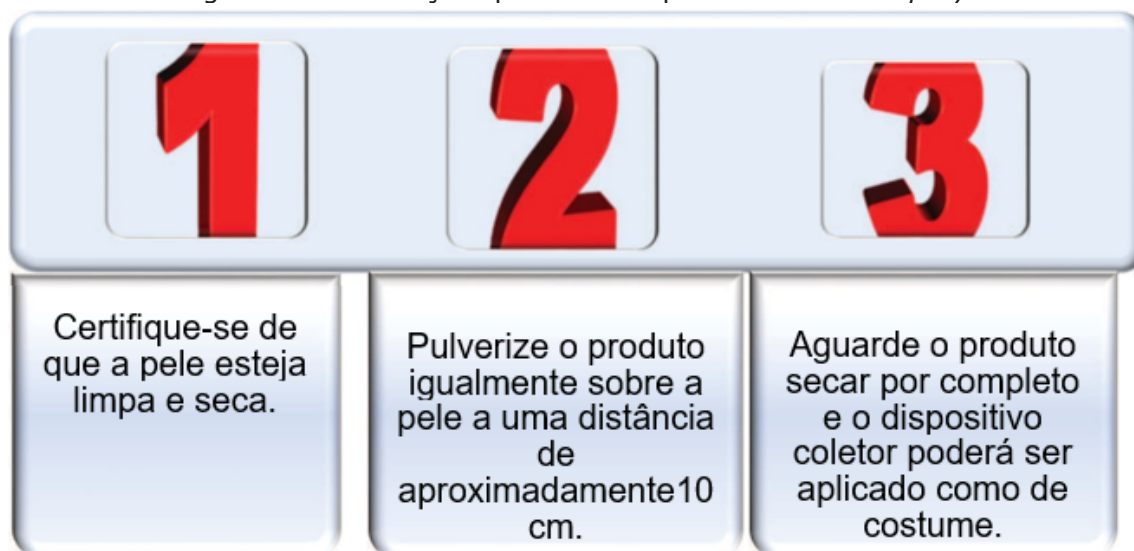
Figura16. Protetor cutâneo spray



Fonte: autores.

Os passos para aplicação do protetor cutâneo spray são descritos na Figura17.

Figura 17. Orientações para uso do protetor cutâneo *spray*



- **Resina Sintética em Pasta com ou sem Álcool**

A resina sintética em pasta com ou sem álcool é composta por polímeros hidrofílicos como carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina. É indicada para preencher irregular-

ridades da região periestomia criando um selamento entre a ostomia e a base adesiva. Dessa forma, previne a infiltração dos efluentes, diminuindo o risco de lesão nessa área, ajudando também na fixação da base adesiva do dispositivo coletor.

Figura 18 - Resina sintética em pasta com álcool

Figura 19 - Resina sintética em pasta sem álcool

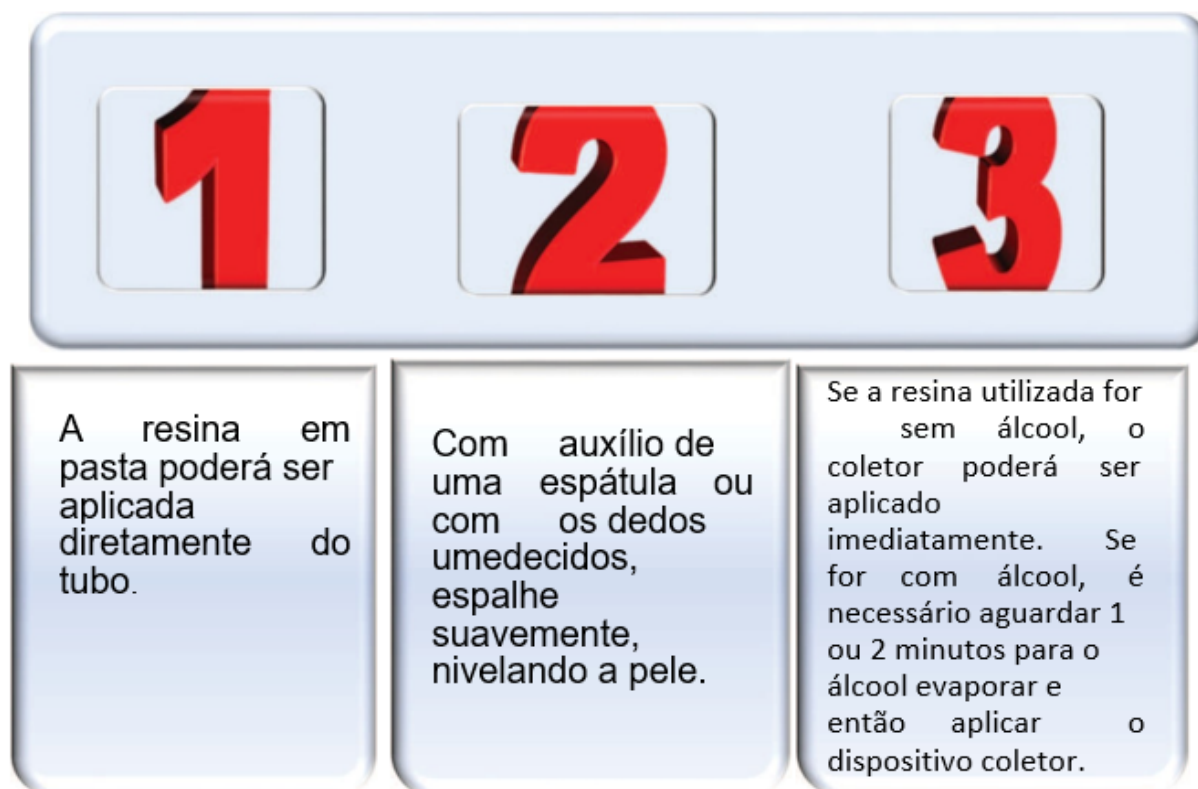


Fonte: autores.

O abdome de pessoas obesas deve ser avaliado criteriosamente, na presença de prega cutânea, dobra abdominal ou se o entorno da pele for irregular, indica-se aplicar a resina sintética em pasta, a fim de promover seu nivelamento.

Para a o uso da resina sintética em pasta com ou sem álcool, orienta-se seguir os passos descritos na Figura 20.

Figura 20. Orientações para uso da resina sintética em pasta



- **Higienizador de Pele**

O higienizador de pele é uma solução constituída por detergente hipoalergênico desenvolvida para a limpeza da pele periestomia e a remoção da cola que se deposita quando a bolsa de ostomia é retirada.

Figura 21. Solução higienizadora



Fonte: autores

Para uso do higienizador, deve-se utilizar uma gaze umedecida, fazendo delicadamente a higiene da pele periestomia. Não é necessário remover o produto com água após a limpeza.

O uso de sabão comum é contraindicado para realizar a higiene da pele periestomia, pois reduz ou remove o manto hidrolipídico cutâneo, acarretando em diminuição da microbiota residente e transitória. Além disso, pode causar mudanças no pH da pele, promovendo ressecamento e irritações.

- **Creme Barreira**

O creme barreira é um hidratante, que contém emolientes e umectantes. Tem a finalidade de aumentar o componente lipídico e minimizar as perdas transepidérmicas de água. Também mantém a pele íntegra e hidratada. É indicado para a proteção e a recuperação do pH da pele, alterada pelo uso contínuo de bolsas coletoras.

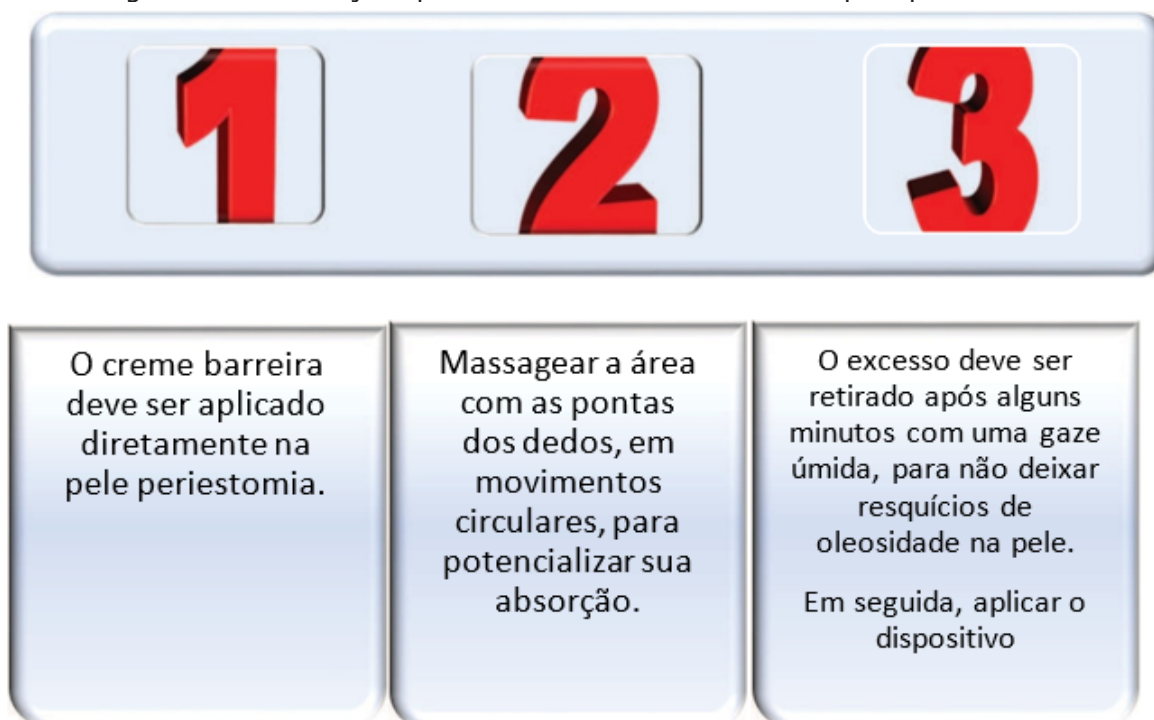
Figura 22. Creme barreira



Fonte: autores

Para obter um resultado satisfatório na hidratação da pele periestomia sem comprometer a adesividade da bolsa coletora, orienta-se seguir os passos descritos na Figura 23.

Figura 23. Orientações para uso do creme barreira em pele periestomia



- **Solução Lubrificante Neutralizadora de Odor**

A solução lubrificante neutralizadora de odor consiste em um gel fluido, indicado para a lubrificação da bolsa, evitando a aderência dos efluentes e neutraliza os odores característicos das bolsas de colostomia e ileostomia.

Figura 24. Desodorante lubrificante



Fonte: autores

Recomenda-se aplicar duas borrifadas da solução lubrificante neutralizadora de odor, o que corresponde a 4 ml a cada esvaziamento do dispositivo coletor intestinal.

Orientações quanto as características da ostomia

Algumas características são esperadas para considerar uma ostomia normal, como coloração rosa avermelhada, umidade, sangramento fácil durante a fricção, ausência de dor ao toque e efluentes eliminados de forma involuntária.

- **Altura da ostomia / protrusão**

Essa mensuração é feita em relação à pele, e a altura determina a classificação da ostomia: perfil alto (acima 2,5 cm), altura normal (entre 1,5 e 2,5 cm), perfil baixo (até 1,5 cm), altura da pele (sem protrusão), retraído (abaixo do nível da pele). Uma altura adequada, além de outros aspectos, permite que o efluente seja direcionado à bolsa coletora, evitando algumas complicações, como as dermatites. A altura das ostomias vai determinar a indicação de equipamentos específicos, como as placas planas para ostomias prostrusas e necessidade de convexidade para as ostomias planas ou retraídas e adjuvantes.

- **Formato da ostomia**

Quanto ao formato, as ostomias podem ser redondas e o equipamento mais indicado é a placa pré-cortada, em que o orifício da placa é do tamanho exato da ostomia. Para aquelas de formato ovalado ou circular, o equipamento mais indicado é a placa recortável ou moldável, que permite o corte no formato exato da ostomia.

- **Diâmetro da ostomia**

O diâmetro da ostomia vai determinar o diâmetro do orifício da placa do equipamento, a fim de evitar a exposição da pele ao efluente e, conseqüentemente, possíveis complicações. Deve ser mensurado nas primeiras quatro a seis semanas devido à regressão fisiológica do edema no pós-operatório.

- **Efluente**

As características do efluente (aspecto, volume, presença ou não de gases) dependem do segmento intestinal exteriorizado. As ileostomias possuem consistência líquida a semilíquida, de coloração esverdeada. São recomendadas as bolsas drenáveis. O efluente das colostomias depende de qual parte do cólon foi exteriorizado. Nas colostomias ascendentes, o efluente possui as mesmas características da ileostomia. Nas demais, o efluente tem consistência pastosa ou sólida, destacando a presença de gases, tornando o uso da bolsa com filtro de carvão necessário.

- **Pele periestomia**

A pele deve ser avaliada, uma vez que a integridade determina a adesividade da placa e a durabilidade da mesma. Observa-se a cor, o turgor e a área para aplicação da placa. A escolha do formato da placa (redonda, quadrada, oval), bem como do corte (moldável ou pré-cortada), deve ser feita de acordo com a área disponível ao redor da ostomia. Por isso, uma localização inadequada da ostomia, como aquelas confeccionadas próximas às cicatrizes ou proeminências ósseas e dobras cutâneas, dificulta a adesividade e a permanência do equipamento, sendo necessário o uso de adjuvantes, para auxiliar nessa fixação.

Irrigação Intestinal

A pessoa que foi submetida à cirurgia de confecção de uma colostomia terá que se adaptar a uma forma diferente de eliminação das fezes, que acarretará em diversas alterações. Dentre essas, a incontinência intestinal, que representa um problema importante para as pessoas com colostomia, desencadeando implicações diretas em suas vidas, principalmente no que se refere aos aspectos sociais e de lazer. Nesse sentido, uma das estratégias encontradas para lidar com tal consequência é o uso da irrigação intestinal.

A irrigação intestinal constitui-se em um método mecânico para controle da atividade do intestino por meio da lavagem realizada pela ostomia, com a finalidade de limpar o intestino grosso, possibilitando o controle da eliminação das fezes pela colostomia por um período regular de 24, 48 ou 72 horas.

O fluido enviado ao intestino grosso através da ostomia, estimula sua peristalse e assim o esvaziamento do conteúdo fecal. Esse método, tem como finalidades básicas estabelecer um hábito intestinal regular no colostomizado, reduzir gases e odor, através da

diminuição da flora bacteriana normal e, conseqüentemente, diminuir a frequência do uso de bolsas coletoras, evitando o aparecimento das lesões de pele periestoma e minimizando os custos financeiros.

O processo consiste em usar um irrigador com ponta em cone inserido na ostomia para instilação de uma solução aquosa. Este tipo de irrigador evita a lesão do intestino e o retorno da solução infundida.

Figura 25. Material para irrigação intestinal



Fonte: autores

No adulto, a quantidade a ser instilada varia de 500 a 700 ml de água morna, sendo que o tempo despendido na realização é de 5 a 10 minutos. Após a infusão, a pessoa remove o cone, e espera por um período de 30 a 45 minutos para a completa drenagem das fezes, que ocorre por meio de uma bolsa de irrigação fixada na ostomia, com a extremidade aberta no vaso sanitário. A frequência da irrigação deve ser ajustada ao estilo de vida e as necessidades da pessoa. Esse procedimento é realizado pelo próprio paciente, após avaliação médica e treinamento específico.

Figura 26. Irrigação da colostomia



Fonte: autores

Sistema Ocluser

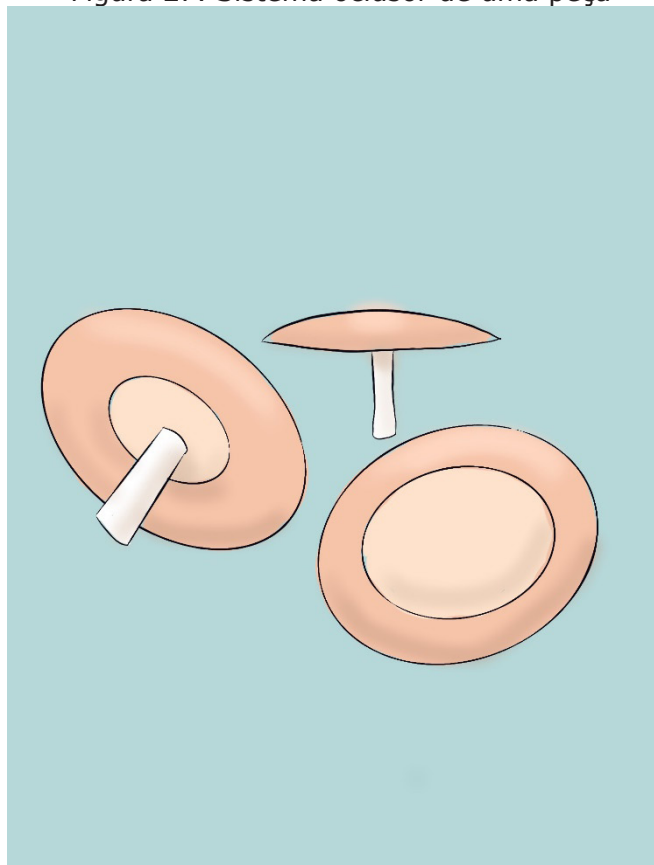
O sistema ocluser ou obturador da colostomia denominado, representa um avanço bastante importante no controle da incontinência intestinal em colostomizados, podendo ser utilizado isoladamente ou em associação à irrigação.

Consiste em um dispositivo tipo tampão, descartável, flexível, disponível em uma ou duas peças, usado para ocluir a colostomia, possibilitando o controle da eliminação de fezes e gases. O sistema de uma peça que pode ser observado na figura na Fig. 27 consiste em um disco formado por um adesivo protetor e o ocluser propriamente dito, configurando um elemento único.

O sistema possui, ainda, um filtro de carvão ativado para a eliminação dos gases sem

ruído e odor, apresenta-se pré-cortado, pronto para uso, em dois tamanhos, de 35 e 45 mm de comprimento; para medidas distintas de estoma de 20mm a de 35mm e de 35 a 45 mm de diâmetro, respectivamente.

Figura 27. Sistema ocluser de uma peça



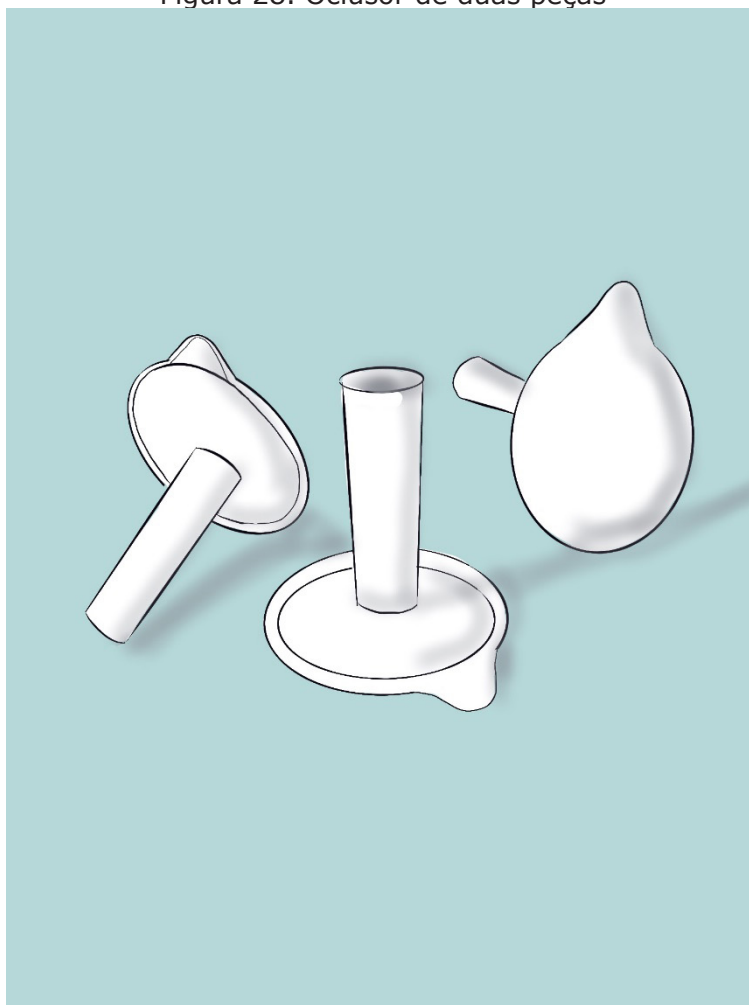
Fonte: autores

O adesivo protetor é formado por um adesivo de terceira geração, para fixação na pele ao redor da ostomia e o ocluser de um cilindro suave e flexível, fabricado em espuma de poliuretano – esta espuma é macia e flexível a fim de ser inserida e removida confortavelmente, possui cerdas abertas e apresenta-se comprida e envolta em uma película de álcool polivinil. Esta película permite uma fácil inserção dentro da colostomia, é solúvel em água, dissolvendo-se aproximadamente em 30 segundos após sua aplicação, promovendo a expansão da espuma de poliuretano até o seu tamanho natural e final (2,6 cm de diâmetro distal), gerando a oclusão da luz intestinal. Para facilitar a introdução, o obturador esta lubrificado com etilenoglicol, um gel lubrificante.

A escolha do tamanho ideal deve ser embasada em dados antropométricos, como peso e altura; estes nos oferecem subsídios relativos à espessura da camada de gordura da parede do abdome. O ocluser, como sistema continente, é de fácil uso e contribui para a melhoria da qualidade de vida do colostomizado, além de ser desprovido de efeitos secundários.

Quanto ao sistema de duas peças, seus elementos principais, isto é, o adesivo protetor e o obturador propriamente dito, se encontram separados, configurando um sistema similar ao da bolsa coletora de 2 peças. O adesivo protetor constitui-se de disco ou placa flexível e adesiva, formada por barreira protetora de carboximetil-celulose e adesivo microporoso ao redor da placa que reforça sua segurança e adesividade com o objetivo de manter-se à pele durante 4 a 6 dias.

Figura 28. Oclisor de duas peças



Fonte: autores

A irrigação da colostomia, assim como o sistema oclisor, tem como indicações os clientes portadores de colostomias esquerdas, terminais (confeccionadas no cólon descendente ou sigmóide) ou dupla boca, ostomias visíveis, com condições físicas para realizarem o autocuidado e condições básicas de saneamento em suas residenciais.

Podemos mencionar como contraindicações os portadores de colostomias confeccionadas no cólon transversal ou ascendente, as ostomias de intestino delgado (ileostomias), com complicações, tais como hérnias volumosas, prolapso e estenoses; e as incapacidades para o autocuidado como deficiência mental e/ou visual, senilidade e alterações osteoarticulares.

A irrigação e o sistema oclisor são alternativas perfeitamente viáveis na busca da continência intestinal, capazes de proporcionar segurança, tranquilidade e minimização da ocorrência de dermatites, além de opções de extrema relevância por serem consideradas de custo relativamente baixo e fácil aplicabilidade, após treinamento específico.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Franciele Aparecida Saraiva de et al. Colostomia e autocuidado: significados por pacientes estomizados. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 105-110, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 18 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- CREMA, Eduardo; SILVA, Rosemary. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. 1ª ed. Uberaba: Pinti, 1997.
- CUNHA, Regina Ribeiro et al. Manual de orientação a pessoa com estomia na região amazônica. 2019.
- DA PAIXÃO, Maria Aparecida et al. Complicações decorrentes dos estomas digestivos de eliminação Importância do cuidado pelo Estomaterapeuta. 2020.
- DA SILVA, Wendy Larissa Costa et al. Assistência de enfermagem prestada ao paciente estomizado no período perioperatório. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7450-e7450, 2021.
- DE GODOY JUNIOR, Paulo Cezar; DE SOUSA, Alexandre Venâncio. Revisão da literatura sobre colostomias e suas complicações no período de 2015 a 2021. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 3, 2021.
- DE OLIVEIRA, Isabella Valadares et al. Cuidado e saúde em pacientes estomizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, 2018.
- DO AMARAL, Lucas Camargo Gamba Martins; SAKAE, Thiago Mamôru; DE SOUZA, Gustavo Botega. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes ostomizados e sua relação com Índice de Comorbidades de Charlson. **RELATOS DE CASOS**, v. 65, n. 2, p. 294-297, 2021.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Cuidados com a sua estomia intestinais urinárias: orientações ao usuário** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. 20 p.

CAPÍTULO 7

SERVIÇO DE ATENÇÃO AOS PACIENTES OSTOMIZADOS

Mariana Reis Soares

Romário Versailles Silva Costa

Luanda da Silva Brasil

Anairam Reis Soares

Ivete Furtado Ribeiro Caldas

Priscila Xavier de Araujo

LEGISLAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, que instituiu a portaria Nº 400, de 16 de novembro de 2009, além de considerar a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 1.060/GM, de 05 de junho de 2002, estabeleceu as necessidades do Estado de garantir para as pessoas ostomizadas o atendimento de qualificação específico sobre os direitos desse público. Sendo assim, disponibilizar as estruturas especializadas dentro dos serviços de saúde, o fornecimento de equipamentos adequados de coletores e a segurança do usuário.

Ademais, os artigos iniciais desta legislação estabelecem a atenção à saúde das pessoas ostomizadas na atenção básica, sendo definidos a composição de ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações, fornecimento de materiais coletores e a capacitação da equipe prestadora de cuidados. Além disso, definem um fluxo e mecanismo para a assistência às pessoas em todos os níveis de cuidados, seja na atenção primária ou nos níveis de alta complexidade.

Nesse contexto, é responsabilidade do governo estadual e municipal vistoriar, acompanhar, controlar e avaliar o serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas e assim garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) o cumprimento desta portaria.

PÚBLICO ALVO

A legislação brasileira define como pessoa ostomizada aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico, realizou a exteriorização de um sistema, seja ele digestório, respiratório ou urinário, possuindo uma ostomia. Sendo ostomia classificada como uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo.

As ostomias intestinais podem ser classificadas como colostomia e ileostomia, estando, na parede abdominal, localizadas no cólon ou intestino delgado, para cumprir a função de saída do conteúdo fecal. A ostomia urinária tem como objetivo a drenagem da urina para a preservação da função renal.

A gastrostomia é realizada quando o objetivo é a comunicação do estômago com o meio externo a fim de melhorar a suplementação da alimentação do paciente. Por fim, a traqueostomia é um procedimento cirúrgico realizado para facilitar a interface entre a luz traqueal e o meio exterior, assim, mitigando problemas no fluxo respiratório.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Para a atenção à pessoa ostomizada faz-se necessária a disponibilização de uma equipe multiprofissional, composta por um enfermeiro, um médico, um psicólogo, um

nutricionista e um assistente social. Estes profissionais passam a ser responsáveis pelas consultas individuais compatíveis com as atribuições da legislação dos seus respectivos conselhos de classe.

Outrossim, é responsabilidade de toda a equipe o atendimento em grupo para a orientação do usuário e dos familiares com o foco de aliviar uma possível problematização de adaptação social, utilizando assim práticas educativas em saúde sobre a vida diária. Estes profissionais também devem planejar qualitativamente como atender o público de forma segura e quantitativamente a aquisição de equipamentos para a adequada assistência em saúde.

Para pacientes ostomizados I, o atendimento mínimo pode ser realizado por um enfermeiro, um médico e um assistente social. Para pacientes ostomizados II, no atendimento devem atuar, além desses profissionais, um nutricionista e um psicólogo, adaptando este segundo grupo de pacientes ao convívio hospitalar por conta da maior necessidade de cirurgias e tratamento especializado.

ESTRUTURA FÍSICA

De acordo com a legislação, para a realização da atenção à pessoa ostomizada, o consultório de atendimento deverá ser equipado com sanitário exclusivo com ducha higiênica, maca revestida de material impermeável e de fácil higienização, escada de dois degraus, estetoscópio, esfigmomanômetro, mesa auxiliar com rodízios, escrivaninha, armário, cadeiras, balança antropométrica, foco frontal, balde para lixo com tampa e controle de pedal, espelho com dimensões mínimas de 120x50 cm e pia para higiene das mãos.

Nesse contexto, o espaço físico total deve conter uma sala de reuniões para atendimento em grupo; sanitários feminino e masculino com duchas higiênicas e trocador; um local destinado para estocagem dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança; além de atender as normas vigentes para o acondicionamento de medicamentos, segundo o manual Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos, CEME 1990, Portaria nº 2.043/GM, de 12 de dezembro de 1994, Portaria 2.661MS/SNVS de 20 de dezembro de 1995 e Resolução RDC nº 59 de 27 de junho de 2000.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 18 nov.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Decreto-lei no. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000 e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.



CAPÍTULO 8

ACESSIBILIDADE DE PACIENTES COM OSTOMIAS INTESTINAIS

Luanda da Silva Brasil

Maurício Roberto Ribeiro Guimarães

Hárinna Carla Oliveira da Silva

Mariana Reis Soares

Ivete Furtado Ribeiro Caldas

Os indivíduos que passam por um procedimento cirúrgico que envolva uma ostomia intestinal se deparam com uma alteração em um corpo saudável, levando ao surgimento de diversos sentimentos como: medo, insegurança, fragilidade, não aceitação, vergonha e até mesmo a dificuldade de lidar com sua nova rotina a ser estabelecida para atender sua demanda atual. Para muitas dessas pessoas esse processo de entendimento e aceitação é bem demorado e torna-se um grande desafio no cotidiano, porque é uma outra realidade onde necessita de muitas adaptações.

Para uma melhor aceitação e rotina diária existem o fornecimento das bolsas coletoras e equipamentos para facilitar o cuidado com ostomias intestinais, porém, além da dificuldade em aprender a manusear e de autocuidado, muitas pessoas tem a preocupação das fezes que podem vaziar do sistema coletor, liberar odores desagradáveis ou causarem algum desconforto físico. Diante disso, diversas pessoas vivem em uma rotina de isolamento social e laboral, tornam-se incapazes e isso pode resultar em aposentadoria por invalidez, implicando em drásticas mudanças no estilo de vida, favorecendo mais ainda o isolamento social e dificultando o convívio e reabilitação.

É primordial para os que convivem com ostomias ter a experiência do autocuidado apoiado pela família, de modo que ainda possuam um suporte de equipe especializada baseada em profissionais que possam auxiliar no cuidado e promover uma melhor adaptação a nova rotina, além de reabilitação o quanto antes dessa incapacidade. Para iniciar o autocuidado é necessário que todos estejam envolvidos e entendam todo o processo que inicia com o objetivo de desfazer as barreiras sociais facilitando o cotidiano de cada um que vivencia esse problema.

Ao pensar em realizar a reabilitação do indivíduo com ostomia intestinal seja ela temporária ou permanente deve-se vincular uma assistência planejada e integral que envolve muito além do cuidado físico, como ainda aspectos de cunho laboral, sexual, cultural e psicológico. Muitas dessas ações são barradas pela desigualdade social ou por não ter uma assistência direcionada ao alcance dessas pessoas, dificultando a acessibilidade, ocasionando uma deficiência ao estilo de vida.

É importante uma assistência individualizada e especializada para que a pessoa com ostomia tenha o máximo de independência, deve ser sempre levado em consideração a realidade e limitações de cada um para facilitar esse processo de aceitação e autocuidado, vários aspectos deverão ser otimizados como o manejo do equipamento coletor de modo que esses usuários sintam-se mais confortáveis e evitem o isolamento social. É válido possibilitar a remoção das barreiras sociais, que atrasam a sua reintegração social.

A vida de um ostomizado tem muitas limitações de capacidades que levam ao adoecimento e uma série de dificuldades a serem enfrentadas que ultrapassam questões apenas médicas. Muitos sentem constrangimento de usar o banheiro em ambientes públicos que raramente possuem adaptações que possam facilitar, outros tem dificuldade em simplesmente conviver com a bolsa de ostomia, de assumir um mal estar ou dor de barriga. Toda a questão amorosa, social e profissional torna-se afetada, além da falta de acessibilidade nos locais para higienizar a bolsa, tem ainda a falta de sensibilidade de muitas pessoas ao redor, que os tratam com preconceito e isso resulta no isolamento social.



A ostomização causa grande repercussão nos espaços públicos e instituições. Os ostomizados sofrem o preconceito e isolamento pelo fato de diversas pessoas não possuírem conhecimento sobre a realidade da população que vive com uma ostomia intestinal como uma deficiência física, assim como é definido pela legislação brasileira. De acordo com o decreto presidencial nº 5.296/2004, as pessoas que tem ostomias devem ter alguns direitos assegurados como possuir passe livre direto em transporte coletivos, atendimento preferencial, reserva de vagas em concursos públicos e instituições privadas.

A Portaria 400 de 2009, assegura os direitos das pessoas com ostomias como: avaliação, dispensa de equipamentos, orientações, referência, contrarreferência e até mesmo a reconstrução do trânsito intestinal quando possível. Porém, mesmo existindo legislações, boa parte da população desconhece, portanto, é importante que as instituições de ostomizados e profissionais da área da saúde possam divulgar esses direitos e serviços de referência. Quando tem se o conhecimento desses direitos, isso possibilita uma melhor qualidade de vida, reduz custos pessoais, melhora a acessibilidade dos serviços ofertados, traz maior independência e incentiva a autonomia do usuário.

São poucas as adaptações alcançadas para a convivência e gerenciamento das complicações vivenciadas, sendo mais voltadas a lidar com o manejo do equipamento de bolsa coletora, mudança de vestimentas com roupas que facilitem e tragam conforto, muitos optam por aquelas que consigam disfarçar a presença da bolsa em ambientes públicos. Os ostomizados sentem a necessidade de controle da alimentação durante atividades sociais, consultas, viagens e apresentações, de modo a evitar algum constrangimento tendo em vista que as instalações não favorecem a higienização do equipamento. Todas as mudanças relacionadas a esse novo estilo de vida requerem primeiramente a autoaceitação e a quebra da barreira da incapacidade, para uma melhor qualidade de vida.

Em muitos casos o nível socioeconômico considerado baixo impacta diretamente no processo dos ostomizados, no que tange a dificuldade em adquirir materiais para higiene e bolsas coletoras quando estas não se encontram disponíveis no sistema público de saúde. Dessa forma, a doença gera uma vulnerabilidade tamanha, enfrentamento mais difícil e situações de negação, causando sofrimento pela falta de acesso a serviços e bens que implicam em uma mínima melhoria de vida que atenda às necessidades básicas dessa população.

Para uma melhor abordagem desses pacientes que vivenciam esse tratamento cirúrgico, deve ser iniciado um trabalho no pré-operatório, com preparo e ensino do paciente/família sobre cirurgia e suas consequências bem antes da realização por meio de uma assistência especializada com planejamento adequado obedecendo as necessidades individuais principalmente no que tange ao seguimento ambulatorial. É necessário para um bom cuidado o envolvimento dos familiares nesse processo de modo a favorecer uma aceitação mais rápida, com melhor reabilitação física e psicossocial da pessoa, o auxílio e retirada de dúvidas relacionadas ao cuidado diário da ostomia e manejo devem ter se possível uma abordagem e adaptação no domicílio.

Depois da cirurgia a pessoa passa pelo processo de ostomização, sente-se fora do padrão saudável imposto pela sociedade, precisa aprender a lidar com a sua deficiência, nessas situações a equipe multiprofissional incluindo diversos profissionais como nutricionista, psicólogo, assistente social, médico e enfermeiro devem oferecer meios que inclua esse indivíduo em uma reabilitação e transformem seu olhar sobre si mesmo para

aprender a lidar com as dificuldades como a falta de acessibilidade e possa continuar sua convivência e rotina mais próxima do habitual.

Geralmente a maioria das pessoas que vivenciam este estigma afastam-se do trabalho e se aposentam precocemente com invalidez, já outras conseguem continuar suas atividades e manter sua vida laboral normal com pequenas limitações. No entanto, é primordial que ocorram algumas adaptações no trabalho relacionadas ao autocuidado com o equipamento coletor e realização de sua higiene no trabalho, sendo preciso ainda mudanças físicas de acesso no ambiente de trabalho e assegurado o direito a transporte.

Para a sociedade ainda é um desafio reconhecer as necessidades que a pessoa com ostomia vivencia. As políticas públicas não asseguram de forma efetiva a assistência integrada para os diferentes níveis de atendimentos que possam contemplar essa classe e seus familiares. O fato da pouca acessibilidade e políticas que envolvam melhorias atrasam a independência e a retomada das atividades cotidianas e laborais dessas pessoas, isso reflete diretamente na adaptação psicossocial e reabilitação.

REFERÊNCIAS

Andrade RS, Martins JM, Medeiros LP, Souza AJG, Torres GV, Costa IKF. Sociodemographic, clinical and self-care aspects of persons with intestinal stoma. *Rev. Enferm UERJ* 2017;25:e19368. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19368>.

Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, Braga LC. Elaboration of an educational technology for ostomized patients: peristomal skincare. *Rev. Bras Enferm.* 2018;72(2):427-34. doi:10.1590/0034-7167-2016-0024.

Ercolano E, Grant M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, et al. Applying the Chronic Care Model to Support Ostomy Self Management: implications for oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs.* 2016;20(3):269-74. doi: 10.1188/16.CJON.20-03AP.

Freire DA, Angelim RCM, Souza NR, Brandão BMGM, Torres KMS, Serrano SQ. Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. *Rev Mineira Enferm.* 2017;21:1019. doi:10.5935/1415-2762.20170029.

Ministério da Saúde. Portaria Nº400 de 16 de Novembro de 2009, Normatiza o atendimento à pessoa Ostomizada no SUS. *Diário Oficial da União.* Brasília, DF, 2009.

Ribeiro WA, Andrade M, Fassarella BPA, Flach DMAM, Teixeira JM, Ranauro KCDSS. Patients' profile of the stomized person health care nucleus: in sociocultural and economic optics. *Nursing (São Paulo)* 2019; [citado 2020 abr 8]; 22(251):2868-74. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg53.pdf>.

Rojanasarot S. "The Impact of Early Involvement in a Post discharge Support Program for Ostomy Surgery Patients on Preventable Healthcare Utilization." *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):43-49. doi:10.1097/WON.0000000000000395.

Sasaki, VDM. Autocuidado com a estomia intestinal e equipamentos coletores: perspectiva das pessoas estomizadas intestinais, familiares e equipe multidisciplinar do Programa de Ostomizados [Tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2018. 212 f.

Sasaki VDM, Teles AAS, Lima MS, Barbosa JCC, Lisboa BB, SonSaobe HM. Rehabilitation of people with intestinal stomy: integration review. *RevEnferm UFPE [Internet].* 2017 [cited 2020 Jan 21];11(4):1745-54. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15271/18078>.

Sasaki VDM, Teles AAS, Russo TMS, Aguiar JC, Paraizo-Horvath CMS, Sonobe HM. Care in the Ostomates Programs: the multidisciplinary team's perspective. *Rev Rene.* 2020;21:e44295. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144295>.

Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25(2950e). doi: 10.1590/1518-8345.2231.2950.

Teles AAS, Eltink CF, Martins LM, Lenza NFB, Sasaki VDM, Sonobe HM. Physical, psychosocial changes and feelings generated by intestinal ostomy for the patient: integrative review. *RevEnferm UFPE [Internet]*. 2017 [cited 2020 Jan 21];11(2):1062-72. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13477/16185>.

CAPÍTULO 9

TIPOS DE FEZES

Isaac Prado Ramos

Carlos Emanuel Chaves da Silva

Lindely Wane Carvalho Leite

Ellen Agatta Marinho Silva

Priscila Xavier de Araujo

Anderson Bentes de Lima

COMPOSIÇÃO GERAL

Um estudo intensivo da composição exata das fezes humanas ainda não foi feito sistematicamente, já que os últimos estudos que tentaram algo parecido são da década de 1970 e 1980, ou seja, sem tecnologias suficientes. No entanto, há referências na literatura acerca das características fecais por outros meios¹.

Nesse sentido, uma revisão multicêntrica inglesa analisou as composições e padrões fecais de muitos estudos e comparou de acordo com as características específicas da população². Esse estudo concluiu que, em média, a massa fecal é de 157g/dia, 128g de massa úmida e 29g de massa seca, sendo o principal fator de heterogeneidade a quantidade de fibras ingeridas (quanto maior a ingestão, maior a proporção de massa úmida); a produção e excreção fecal em pessoas saudáveis foi de 1,2 defecações em 24h, com o pH médio de 6,64². Quanto à composição, 74,6% foi de água e, dentre o restante, 25-54% são de biomassa bacteriana (vivas e mortas) e, o que não é bactéria, são fibras, carboidratos, gorduras, nitrogênio e proteínas não absorvidas em pacientes saudáveis^{2,3}.

REVISANDO A OCORRÊNCIA DE MATERIAL ORGÂNICO NAS FEZES

Bactérias

Na literatura mais antiga, era muito comum encontrarmos informações que afirmavam que a proporção de bactérias por células humanas era de 10:1. No entanto, essa proporção mudou: está bem próxima de 1:1. Porém, nos intestinos, essa estimativa pode chegar até 3 bactérias para cada 1 célula humana, gerando um número de quase 10^{11} bactérias por grama de fezes úmidas, ou seja, entre 6,3% e 13,5% da matéria fecal total⁴. No entanto, nem todas essas bactérias estão vivas e viáveis, estima-se que há bactérias viáveis, feridas e mortas (com valores percentuais de 49, 19 e 32%, respectivamente) misturadas na comunidade fecal⁵.

Vírus

O componente viral da massa fecal ainda são componentes pouco estudados na literatura. No entanto, avaliou a microbiota viral de 5 indivíduos saudáveis, concluindo que a concentração de vírus foi entre 10^8 a 10^9 por grama de fezes nos indivíduos saudáveis, no entanto, em pacientes com doenças intestinais, a carga viral se mostra maior^{6,7}. Os vírus mais frequentemente encontrados foram os podófagos de DNA de fita dupla (52-74%), sífagos (11-30%), micrófagos ssDNA (3-9%) e miófagos (1-4%)⁶, um fato interessante é que esses vírus são, majoritariamente, bacteriófagos¹. Dessa maneira, esses fagos são demasiadamente importantes para regular a comunidade bacteriana e manter a homeostase intestinal⁸.

Archaea

As Archaeas são bastante conhecidas, mas pouco estudadas no contexto da microbiota intestinal, embora constituam até 10% dos anaeróbios fecais^{9,10}. Dois ensaios clínicos, utilizando a concentração de metano fecal, estimaram uma prevalência entre 10^7 e 10^8 de archaeasna fezes, tanto secas quanto úmidas^{11,12}. Uma maior taxa de Archaeas será encontrada quando o paciente possuir comorbidades como esclerose múltipla ou doença de Chron¹³.

Fungos

Os fungos estão presentes numa concentração de, aproximadamente, 106 por grama de fezes, e constituem apenas 0,03% dos microorganismos fecais^{14,15}. A levedura mais comumente encontrada é a *Candidaalbicans*, e sua concentração é regulada por bactérias comensais competitivas, portanto, quando essa homeostase é perturbada, a quantidade de *C. albicans* se eleva substancialmente^{16,17}.

Colonócitos humanos

Colonócitos são as células epiteliais viáveis presentes no cólon e são encontrados na massa fecal numa estimativa de 10^7 unidades por grama de fezes úmidas. As células viáveis são encontradas em uma taxa de > 80% em relação às células totais¹⁸. Além dos colonócitos adultos, viáveis ou mortos, também há a presença de células-tronco do cólon, que, com certa frequência, se derramam no lúmen colônico¹⁹.

Metabólitos

Muitos dos metabólitos produzidos pelo organismo humano e bacteriano são excretados de maneira fecal. Diante disso, as fibras contribuem significativamente para a massa fecal total, visto que sua metabolização ocorre por meio de bactérias²⁰. O butirato é produto do metabolismo bacteriano na tentativa de quebrar moléculas de carboidratos não digeridos. Esse metabólito está presente em indivíduos saudáveis, mas se apresenta reduzido em pacientes com câncer colorretal e colite ulcerativa²¹⁻²³. Além disso, outros metabólitos fisiológicos muito importantes são os derivados da bilirrubina, como a ester-cobilina, que dão a coloração amarelada às fezes²⁴.

ASPECTOS DAS FEZES QUANTO A LOCALIZAÇÃO DE CADA OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Conforme abordado anteriormente no capítulo 2, as ostomias intestinais podem ser realizadas em diferentes seções abdominais: íleo e diferentes partes do intestino grosso. Desta forma, de acordo com os princípios da fisiologia do trato gastrointestinal (TGI), as excretas fecais podem apresentar aspectos diferentes a depender de sua localização no TGI.

Íleo

No íleo, a parte mais inferior do intestino delgado, as excretas são denominadas quimo, material ainda fluido por possuir considerável proporção de água em sua composição²⁵. Desta forma, as ileostomias coletam materiais mais fluidos do que os que seriam coletados nas colostomias²⁶.

Intestino grosso

Na porção final do íleo está localizada a válvula ileocecal, responsável por separar o intestino delgado do grosso, e este, por sua vez, se divide anatomicamente nos cólons ascendente, transverso, descendente e sigmoide²⁵. Dessa forma, a depender da necessidade do paciente, as ostomias no intestino grosso (colostomias) podem se localizar em diferentes seções²⁷.

Tratando-se de colostomias no ascendente, espera-se que as fezes variem de líquidas a semilíquidas no pós-operatório imediato e que permaneçam assim por alguns dias, com a posterior tendência de evoluir para uma consistência pastosa, conforme a adaptação do corpo à ostomia²⁶. Essa apresentação ocorre pelo fato de o bolo fecal haver se deslocado há pouco do intestino delgado, local em que o quimo é fluido.

Se a colostomia é na parte transversa do intestino, considera-se que ela está acoplada à região absorptiva, o que explica por que sua consistência já varia de semilíquida a pastosa em condições normais²⁶. O ceco, o cólon ascendente e a primeira metade do cólon transverso são responsáveis por fazer absorção de cloreto e sódio, que juntos, induzem um processo osmótico da água através da mucosa do intestino grosso, fazendo-a ser absorvida também²⁵. Assim, espera-se que no próximo estágio a aparência das excretas mude novamente.

Quando realizadas no cólon descendente, as ostomias colhem fezes pastosas a sólidas, considerando-se a perda de água recente. Por sua capacidade reduzida de absorção, essa porção do intestino grosso é denominada de cólon de armazenamento²⁵, que juntamente com o cólon sigmoide terá a função de conservar as fezes. Nesta região mais distal, a colostomia sigmoide capta o bolo fecal já com o aspecto semelhante àquele das fezes eliminadas pelo ânus: sólidas a firmes²⁶.

REFERÊNCIAS

1. Bojanova DP, Bordenstein SR. Fecal Transplants: What Is Being Transferred? *PLOS Biol.* 2016;14(7):e1002503. doi:10.1371/JOURNAL.PBIO.1002503
2. Rose C, Parker A, Jefferson B, Cartmell E. The Characterization of Feces and Urine: A Review of the Literature to Inform Advanced Treatment Technology. *Crit Rev Environ Sci Technol.* 2015;45(17):1827-1879. doi:10.1080/10643389.2014.1000761
3. Stephen AM, Cummings JH. The microbial contribution to human faecal mass. *J Med Microbiol.* 1980;13(1):45-56. doi:10.1099/00222615-13-1-45
4. Sender R, Fuchs S, Milo R. Are We Really Vastly Outnumbered? Revisiting the Ratio of Bacteria to Host Cells in Humans. *Cell.* 2016;164(3):337-340. doi:10.1016/J.CELL.2016.01.013
5. Ben-Amor K, Heilig H, Smidt H, Vaughan EE, Abee T, De Vos WM. Genetic diversity of viable, injured, and dead fecal bacteria assessed by fluorescence-activated cell sorting and 16S rRNA gene analysis. *Appl Environ Microbiol.* 2005;71(8):4679-4689. doi:10.1128/AEM.71.8.4679-4689.2005
6. Kim MS, Park EJ, Roh SW, Bae JW. Diversity and abundance of single-stranded DNA viruses in human feces. *Appl Environ Microbiol.* 2011;77(22):8062-8070. doi:10.1128/AEM.06331-11
7. Norman JM, Handley SA, Baldrige MT, et al. Disease-specific alterations in the enteric virome in inflammatory bowel disease. *Cell.* 2015;160(3):447-460. doi:10.1016/J.CELL.2015.01.002
8. Reyes A, Haynes M, Hanson N, et al. Viruses in the faecal microbiota of monozygotic twins and their mothers. *Nature.* 2010;466(7304):334-338. doi:10.1038/NATURE09199
9. Lurie-Weinberger MN, Gophna U. Archaea in and on the Human Body: Health Implications and Future Directions. *PLoS Pathog.* 2015;11(6). doi:10.1371/JOURNAL.PPAT.1004833
10. Gaci N, Borrel G, Tottey W, O'Toole PW, Brugère JF. Archaea and the human gut: new beginning of an old story. *World J Gastroenterol.* 2014;20(43):16062-16078. doi:10.3748/WJG.V20.I43.16062
11. Weaver GA, Krause JA, Miller TL, Wolin MJ. Incidence of methanogenic bacteria in a sigmoidoscopy population: an association of methanogenic bacteria and diverticulosis. *Gut.* 1986;27(6):698-704. doi:10.1136/GUT.27.6.698
12. Stewart JA, Chadwick VS, Murray A. Carriage, quantification, and predominance of methanogens and sulfate-reducing bacteria in faecal samples. *Lett Appl Microbiol.* 2006;43(1):58-63. doi:10.1111/J.1472-765X.2006.01906.X
13. Jhingi S, Gandhi R, Glanz B, et al. Increased Archaea Species and Changes with Therapy in Gut Microbiome of Multiple Sclerosis Subjects (S24.001). *Neurology.* 2014;82(10 Supplement).
14. Wang ZK, Yang YS, Stefka AT, Sun G, Peng LH. Review article: fungal microbiota and digestive diseases. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;39(8):751-766. doi:10.1111/APT.12665
15. Ott SJ, Kühbacher T, Musfeldt M, et al. Fungi and inflammatory bowel diseases: Alterations of composition and diversity. *Scand J Gastroenterol.* 2008;43(7):831-841. doi:10.1080/00365520801935434
16. Rosenbach A, Dignard D, Pierce J V., Whiteway M, Kumamoto CA. Adaptation of *Candida albicans* for growth in the mammalian intestinal tract. *Eukaryot Cell.* 2010;9(7):1075-1086. doi:10.1128/EC.00034-10
17. White SJ, Rosenbach A, Lephart P, et al. Self-regulation of *Candida albicans* populations sized during GI colonization. *PLoS Pathog.* 2007;3(12):1866-1878. doi:10.1371/JOURNAL.PPAT.0030184
18. Chandel DS, Braileanu GT, Chen JHJ, Chen HH, Panigrahi P. Live colonocytes in newborn stool: surrogates for evaluation of gut physiology and disease pathogenesis. *Pediatr Res.* 2011;70(2):153-158. doi:10.1203/PDR.0B013E3182225AC9
19. Neri D, Ruberto T, Mwaffo V, Bartolini T, Porfiri M. Social environment modulates anxiogenic effects of caffeine in zebrafish. *Behav Pharmacol.* 2019;30(1):45-58. doi:10.1097/FBP.0000000000000415

20. Sonnenburg ED, Smits SA, Tikhonov M, Higginbottom SK, Wingreen NS, Sonnenburg JL. Diet-induced extinctions in the gut microbiota compound over generations. *Nature*. 2016;529(7585):212-215. doi:10.1038/NATURE16504
21. Machiels K, Joossens M, Sabino J, et al. A decrease of the butyrate-producing species *Roseburia hominis* and *Faecalibacterium prausnitzii* defines dysbiosis in patients with ulcerative colitis. *Gut*. 2014;63(8):1275-1283. doi:10.1136/GUTJNL-2013-304833
22. Weir TL, Manter DK, Sheflin AM, Barnett BA, Heuberger AL, Ryan EP. Stool microbiome and metabolome differences between colorectal cancer patients and healthy adults. *PLoS One*. 2013;8(8). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0070803
23. Sokol H, Seksik P, Furet JP, et al. Low counts of *Faecalibacterium prausnitzii* in colitis microbiota. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(8):1183-1189. doi:10.1002/IBD.20903
24. A K, BA J, S J. Physiology, Bilirubin. *StatPearls*. Published online 2021.
25. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica*. 13th ed. Elsevier; 2017.
26. Brasil M da S. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia. Published online 2021:1-55.
27. Meirelles CA, Ferraz CA. Estudo teórico da demarcação do estoma intestinal. *Rev Bras Enferm*. 2001;54(3):500-510. doi:10.1590/s0034-71672001000300013.

CAPÍTULO 10

OSTOMIAS E A PRÁTICA DE ESPORTES

Matheus de Oliveira Leite
Otávio Luiz de Queiroz
Pedro Rafael Rocha Stermer
Priscila Xavier de Araujo
Anderson Bentes de Lima

Aostomia intestinal traz consigo diversas alterações na vida do paciente ostomizado, desde aspectos fisiológicos, aos aspectos psicológicos, sociais e físicos. É certo que a pessoa submetida a este tipo de procedimento já está fragilizada, visto que as indicações para tal são de média a alta gravidade (trauma, neoplasias, doença inflamatória intestinal, etc.), causando uma sensibilização maior. Desse modo, faz-se necessário um ótimo esclarecimento da população ostomizada, haja vista que são necessários cuidados especiais para manter a qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

Diversos fatores influenciam na qualidade de vida do ostomizado. A educação desses pacientes deve iniciar no pré-operatório, de preferência com profissionais de enfermagem com capacitação na área e experiência para construir uma relação colaborativa no ensino dos cuidados ao paciente ostomizado. Outro fator importante, trata-se da recuperação e reabilitação pós-cirúrgica, que deve ser acompanhada de uma equipe multidisciplinar até o paciente e a família retornarem à sua rotina anterior.

Dentro de todos esses cuidados e orientações, a prática de atividades físicas é importante, não só para o ostomizado, como a população em geral, uma vez que traz benefícios diretos a saúde, como redução da obesidade e do risco cardiovascular, além de melhorar também a saúde intestinal. No entanto, por apresentar modificações físicas, é comum pensar que há limitações para as atividades diárias, incluindo a prática esportiva, porém a única contraindicação está relacionada aos esportes de contato, os quais podem danificar a bolsa de ostomia. Outro fator importante, consiste na utilização de equipamentos de proteção, como cintas para vedar a bolsa e evitar contato com a transpiração e outros fatores que possam contribuir para uma possível contaminação do estoma.

Uma revisão sistemática publicada em 2016 apontou que pacientes ostomizados após cirurgia de câncer colorretal apresentaram dificuldades físicas e maior grau de dispneia, fadiga e inapetência, além de problemas com a própria imagem corporal e funcionamento sexual do que pacientes que passaram pela mesma cirurgia, porém sem necessidade de ostomia. Um fator contribuinte para tais achados inclui a falta de conselhos e orientações para prevenção de contratempos pelos cirurgiões e equipe de enfermagem, evidenciado em uma pesquisa com 2.631 entrevistados no Reino Unido. Aliado a isso, os pacientes possuem pouco conhecimento sobre qual atividade física praticar e como praticar, dificultando ainda mais esse intercâmbio.

Dentro das atividades físicas, as atividades aeróbicas, caminhada, corrida e ciclismo, mostraram resultados benéficos, principalmente no funcionamento intestinal em sobreviventes de câncer colorretal, com ou sem ostomia. Recomenda-se a realização de pelo menos 150 minutos por semana, com intensidade moderada-alta. Foram demonstrados melhores desfechos à longo prazo, se comparados a sedentários, a pacientes com realização de atividade física irregular ou menor que 150 semanais ou com atividade de baixa intensidade. Do ponto de vista psicossocial, a atividade física também demonstrou resultados positivos, principalmente com a aceitação da nova condição física e estética. Além de melhorar a função intestinal, a atividade física regular traz benefícios metabólicos a longo prazo, como redução da obesidade e hipercolesterolemia, diminuição e prevenção da resistência insulínica, melhor absorção de glicose pelos tecidos periféricos, melhora da reserva cardiopulmonar e principalmente um quadro completo de síndrome metabólica.

REFERÊNCIAS

DE CARVALHO, Maria Helena Catelli. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, p. 1-28, 2005.

FRANCONE, T. D. Overview of surgical ostomy for fecal diversion. **UpToDate**, 2021.

KROUSE, Robert S. et al. Physical activity, bowel function, and quality of life among rectal cancer survivors. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 11, p. 3131-3142, 2017.

LANDMANN, R. G.; CASHMAN, A. L. Ileostomy or colostomy care and complications. **UpToDate**, 2021.

PETERSON, D. M. The benefits and risks of aerobic exercise. **UpToDate**, 2021.

RUSSELL, Sarah. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 5, p. S20-S26, 2017.

VONK-KLAASSEN, Sylvia M. et al. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. **Quality of Life Research**, v. 25, n. 1, p. 125-133, 2016.



CAPÍTULO 11

PACIENTE E O CUIDADOR

Ayniere Sousa Soares

Marcus Vinícius Miranda de Oliveira

Lucas Rafael de Freitas Lima

Priscila Xavier de Araujo

O ato de cuidar e ser cuidado é essencial na vida do ser humano. Enquanto criança o ser humano é totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Com o passar do tempo, torna-se cuidador de alguém e, mais tarde, na sua velhice, necessita outra vez receber cuidados. Portanto, cuidar é um ato de reciprocidade que se faz à outra pessoa que necessita de ajuda para atender as suas necessidades básicas de vida.

É fundamental distinguir o cuidador formal do cuidador informal. O cuidador formal é um profissional com formação técnica na área de saúde, que presta seus serviços mediante um contrato de trabalho, recebe uma remuneração e atua sob a luz dos códigos de ética profissional. Já o cuidador informal, atua com norteado pelos princípios da solidariedade e reciprocidade. Na maioria das vezes, é um familiar ou um ente querido sem formação na área da saúde que assume os cuidados do paciente dependente. Tais cuidados envolvem o auxílio nas atividades instrumentais de vida diária, assistência para as atividades mais básicas de vida (higiene e alimentação, por exemplo), realização de cuidados específicos (curativos e cuidados com as ostomias), bem como, o apoio emocional ao paciente.

Muitas vezes o familiar cuidador não tem o tempo e as informações necessárias para assumir este papel. Trata-se de uma complexa experiência, que deve ser entendida de forma individualizada para a qual não existe um padrão único de adaptação. Portanto, o processo do cuidar pode ser entendido como uma arte, que concilia o conhecimento, a empatia, o altruísmo, a destreza e a intuição voltadas para ajudar o outro.

Na maioria das vezes o cuidador é um familiar próximo, do sexo feminino e com idade em torno de 45 a 50 anos.

A presença ostomia causa impacto não só para o paciente, como também, para os familiares próximos.

Diversas são as condições patológicas que levam uma pessoa ao estado de dependência, em qualquer fase de sua vida. Notadamente, as doenças oncológicas e os traumatismos abdominais podem resultar na necessidade de confecção de ostomias e, em muitos casos, trata-se de um acontecimento agudo, de instalação súbita e não programada, acompanhado de debilitação orgânica e psicológica que leva à incapacidade da pessoa de auto cuidar-se, necessitando da ajuda de terceiros. Porém, o familiar cuidador também é impactado com esta nova realidade de forma abrupta que, somada à inexperiência e à sobrecarga física/emocional, pode gerar sentimento de insegurança, ansiedade, medo e estresse e se configurar em uma tarefa difícil de ser enfrentada.

A ostomia é um procedimento necessário em alguns casos de casos neoplasias ou trauma, podendo ser temporárias, durando meses, ou até mesmo permanentes. A presença da ostomia influencia fortemente o doente e a sua autopercepção. O processo de adaptação a esta nova realidade é marcado por estigmas sociais, dúvida se irá ser capaz de levar uma vida normal, negação dos acontecimentos, prejuízo na sua autoestima, e sensações comparadas à uma experiência de mutilação. A forma com que o paciente supera este processo reflete diretamente na sua qualidade de vida.

Uma ostomia requer cuidados rotineiros, tais como o esvaziamento e a troca do saco

coletor, que pode ter que ser feita mais de uma vez por dia. Ainda é necessário realizar a troca de dispositivos de barreira da pele, higiene e curativo do estoma e cuidados com a pele circunjacente. Isso tudo exige tempo, dedicação, destreza manual, rotina e capacidade cognitiva. Neste contexto, é fundamental que a equipe de saúde identifique um familiar disponível e com o melhor perfil para a tarefa de cuidador, a fim de se instituir um processo de ensino e capacitação o mais precoce possível.

O exercício da função de cuidador familiar é exigente, traz implicações diretas na dinâmica familiar e social das pessoas envolvidas. Momentos de tensão e estresse podem surgir, sendo fundamental o apoio dos profissionais de saúde no sentido de atenuar a sobrecarga física e emocional, além de promover maior confiança dos membros da família na prestação de cuidados ao paciente.

Durante todo o processo de cuidado, o paciente e sua família enfrentam inúmeras dificuldades. No ponto de vista econômico, o material utilizado no cuidado da ostomia tem custo elevado e que não estava previsto no orçamento da família. Existe na legislação a previsão do apoio estatal, através do Sistema Único de Saúde, no fornecimento dos insumos necessários para o paciente, contudo, pode haver dificuldade no pedido e fornecimento deste material, e a família não conseguir ser beneficiada de imediato. Torna-se, portanto, fundamental a orientação dos profissionais de saúde e de assistência social neste sentido.

Pode haver dificuldades financeiras, psicológicas, sociais e espirituais. Além disso, problemas com a intimidade, sexualidade, satisfação com a aparência, bem como, interrupções no trabalho e da prática de atividade física.

O cuidado direto ao estoma também é circundado de dificuldades. Muitas vezes o tempo de treinamento do familiar cuidador não é suficiente para ensinar e aprender tudo o que é necessário para um adequado cuidado. Muitas situações não são previstas no treinamento inicial e surgem no decorrer dos cuidados diários com o paciente já em casa. Outra marcante dificuldade está relacionada com os odores que podem provir da ostomia, particularmente devido o ajuste incorreto dos sacos coletores de fezes. Há de se considerar também que, inicialmente na fase pós alta, as habilidades manuais dos cuidadores ainda não estão desenvolvidas de forma satisfatória.

Muitos pacientes e cuidadores vivenciam uma experiência de isolamento social, não só pelo tempo exigidos nos cuidados, mas pelo estigma social que as expõem a constrangimentos públicos, tais como as trocas inesperadas do saco coletor de fezes em locais públicos, os ruídos que podem ser audíveis para as pessoas ao redor e a constante preocupação com a eliminação de odores desagradáveis. Pode-se citar, também, a logística envolvida em um deslocamento maior, tendo em vista a necessidade de roupas adicionais e de ter acesso constante a água para realizar a higienização em um eventual vazamento dos resíduos da bolsa de ostomia. Tais situações fazem com que paciente e familiar limitem situações de interação coletiva, o que a um moderado e longo prazo pode culminar no desenvolvimento dos sintomas de angustia, tensão, retraimento, entre outras alterações psicoemocionais.

O contexto das atividades habituais da família necessita ser reajustado, o que envolve novos horários e mudanças na situação laboral dos seus membros e do próprio paciente. Pode existir suspensão, seja temporária ou definitiva, da atividade profissional

anteriormente exercida pelo paciente ou pelo cuidador.

As atividades de educação em saúde devem buscar promover a autonomia da pessoa com ostomia, facilitar o seu autocuidado e buscar a sua reabilitação plena, a fim de que o paciente se sinta cada vez mais confortável e independente frente as suas atividades cotidianas, melhorando sua autoestima e sua autopercepção. Neste contexto, é importante um acompanhamento multiprofissional próximo, tanto da pessoa ostomizada, como do seu cuidador, promovendo uma assistência de cuidado horizontal, integrando as equipes de assistência especializada e hospitalar, bem como, as equipes de atenção básica e domiciliar, no âmbito da saúde e assistência social.

O processo educativo do paciente com ostomia deve iniciar ainda no pré-operatório e ser continuado no pós-operatório.

A família tem importante papel na reintegração social do ostomizado, e é de suma importância que se adote uma postura compreensiva e afetuosa para com o paciente. Uma postura insensível ou superprotetora dificulta que esse paciente readquira sua independência.

REFERÊNCIAS

- Krouse RS, Grant M, McCorkle R, Wendel CS, Cobb MD, Tallman NJ, Ercolano E, Sun V, Hibbard JH, Hornbrook MC. A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psychooncology*. 2016 May;25(5):574-81. doi: 10.1002/pon.4078. Epub 2016 Jan 25. PMID: 26804708; PMCID: PMC4833624.
- Krouse RS, Grant M, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM, Baldwin CM, Coons SJ, McCorkle R, Ko CY, Schmidt CM *Dis Colon Rectum*. Dezembro de 2007; 50 (12): 2054-66.
- Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A *Dis Colon Rectum*. Abril de 1995; 38 (4): 361-9.
- Krouse, Robert S et al. "Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex." *Journal of Clinical Oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* vol. 27,28 (2009): 4664-70. doi:10.1200/JCO.2008.20.9502
- Diferenças de gênero na qualidade de vida entre sobreviventes de câncer colorretal de longo prazo com ostomias.
- Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, Wendel CS, Baldwin CM, Krouse RS *Forum Oncol Nurs*. Setembro de 2011; 38 (5): 587-96.
- Qualidade de vida geral e dificuldade de pagar por suprimentos de ostomia no estudo de qualidade de vida relacionada à saúde de ostomia do Veterans Affairs: uma análise exploratória.
- Coons SJ, Chongpison Y, Wendel CS, Grant M, Krouse RS *Med Care*. Setembro de 2007; 45 (9): 891-5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- SILVA, A.L; SHIMIZU, H.E. A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n. 3, p. 307-311, maio/jun. 2007.
- SILVA, M. L.; LEONÍDIO, A. DA C. R.; FREITAS, C. M. S. M. DE. Prática de atividade física e o estresse: uma revisão bibliométrica. *Journal of Physical Education*, v. 26, n. 2, p. 329-337, 20 Apr. 2015.

GEMELLI, L. M. Goetem. ZAGO, M. M. Fontão. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2002, v. 10, n. 1 [Acesso 10 Novembro 2021], pp. 34-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100006>>. Epub 12 Nov 2002. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100006>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MARTINS, M. L. et al. A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: KALINOWSKI, C. E. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap.6 pag 127-166.

CAPÍTULO 12

ADAPTAÇÃO E AUTOCUIDADO

Anairam Reis Soares

Júlio César Santos

Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques

Mariana Reis Soares

Romário Versailles Silva Costa

Priscila Xavier de Araujo

ADAPTAÇÃO E AUTOCUIDADO

As adversidades da vida são encaradas de forma única pelos seres humanos, pela natureza, pela personalidade ou pela experiência adquirida ao longo da vida. Assim, o processo de adaptação e aceitação de uma ostomia de eliminação intestinal varia de indivíduo para indivíduo e sofre influência da cultura, conhecimentos prévios, expectativas, complicações e da rede de apoio.

O processo de adaptação à vida com uma ostomia de eliminação intestinal caracteriza-se por uma fase de vulnerabilidade, devido aos desafios colocados à pessoa no domínio do autocuidado. Algumas pessoas consideram a ostomia como a salvação da própria vida, outras se encontram em uma condição devastadora, assim, cada indivíduo se adaptará à sua maneira e no seu próprio tempo a essa modificação do trajeto intestinal.

A vivência com uma ostomia de eliminação intestinal, seja temporária, seja definitiva, caracteriza-se como uma etapa difícil, mas que pode ser superada com boa assistência multiprofissional e com apoio e compreensão da família. O principal desafio de viver com uma ostomia de eliminação intestinal pauta-se na dificuldade de adaptação ao equipamento coletor, diferenciação da autoimagem e recuperação da independência e da prática sexual. O controle dos esfíncteres é uma condição julgada essencial para o convívio social; a perda dessa função pode levar a pessoa ao isolamento, acreditando ser incapaz de retomar as atividades do cotidiano realizadas antes da cirurgia.

As pessoas com ostomias intestinais, que estão no início dessa vivência, por vezes apresentam a ideia de serem pessoas sujas e que os outros as veem da mesma maneira. Dessa forma, ocorre a possibilidade de desenvolverem sentimento de insegurança, vulnerabilidade e não aceitação da sua nova condição, apesar da compreensão sobre a necessidade da confecção dessa ostomia para a resolução de seu problema de saúde.

O uso dos equipamentos coletores dificulta o convívio social devido à preocupação com eliminação de odor, vazamento de gases e fezes, além do desconforto físico com adoção de uma postura de distanciamento em relação às atividades da vida diária, isolamento social e laboral. Todos esses fatores acabam resultando em mudanças na rotina de vida, o que dificulta a reabilitação e transforma esse momento em quase luto. Tais transformações dimensionam a deficiência física dessas pessoas, sendo que o autocuidado com a ostomia intestinal e o manejo do equipamento coletor assumem uma centralidade nos seus afazeres diários.

O vínculo empregatício e o afastamento social são fatores que podem gerar ansiedade e outras demandas, levando em consideração a importância social e cultural do trabalho, visto como forma de dignificação do sujeito. Associam-se a isso a dependência financeira, a aposentadoria, a necessidade frequente de auxílio financeiro de familiares, a mudança da função social que exercia no seio familiar, bem como o peso de se considerar inapto.

Durante a assistência hospitalar perioperatória, as pessoas com ostomia intestinal passam por diferentes situações clínicas, determinando a primeira aproximação com a sua nova condição de pessoa com deficiência física. O suporte profissional ofertado nesse

contexto favorece o preparo destas para conseguirem lidar com a ostomização, influenciando a sua disposição para assumirem o autocuidado.

A efetividade do autocuidado dessas pessoas é influenciada pelo apoio familiar, pelas pessoas significativas, assim como pelo suporte especializado dos profissionais de saúde para o alcance da reabilitação e adaptação à sua nova condição. Apesar disso, o autocuidado, que é o início do processo de reabilitação, muitas vezes não é facilitado, pois as repercussões dessa deficiência na vida das pessoas constituem barreiras sociais na retomada do seu cotidiano.

O planejamento da reabilitação, a fim de tornar a pessoa com ostomia intestinal o mais independente possível, deverá contar com a articulação de uma assistência habilitadora para interpretar as condições e limitações do autocuidado e as dificuldades do manejo com a ostomia e com o equipamento coletor. Apesar destes serem os primeiros aspectos, não devem ser considerados únicos. A prioridade deverá estar nas ações para a retomada do controle da própria vida, com análise das limitações e capacidades, que deverão ser sinalizadas pela pessoa que vive a experiência de adoecimento e de ostomização, em respeito a singularidade de cada um.

A adaptação da pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal e de sua família é um processo longo e contínuo, pois provoca um impacto emocional, psicológico, social e espiritual nos sujeitos envolvidos. Neste sentido, a informação e o acolhimento profissional para a pessoa e sua família assumem um papel importante nessa nova etapa da vida, de forma que a pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal desenvolva aptidões e capacidades para o autocuidado. Portanto, todo esse processo de adequação e adaptação de cuidados, incluindo a educação e o apoio psicológico, sempre em função das necessidades do doente, é de fundamental relevância para o paciente ostomizado.

O suporte psicológico é extremamente necessário, haja vista, que os processos de adaptação são muito complexos. Muitas vezes o paciente não consegue lidar com as situações diárias; tem dificuldade de adaptar-se a novas rotinas, aos procedimentos de higiene e cuidado e às limitações. Tudo isso acaba trazendo muito sofrimento psíquico a ele e aos demais familiares que, por vezes, não têm amparo nessas demandas.

A portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, garante ao paciente ostomizado assistência integral nas unidades de atenção básica e especializada de saúde, com foco na sua reabilitação, através do autocuidado, realizando práticas de promoção e prevenção de complicações, além de disponibilizar recursos para os equipamentos de coletores e seus acessórios.

É importante enfatizar que inúmeras complicações poderão surgir no pós-operatório ou no decorrer da vida do ostomizado; são elas: edema, abscesso, prolapso, hemorragia, necrose, dermatites, entre outras. Vários fatores contribuem para complicações com as ostomias, como idade, alimentação, técnica-cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infecções, aumento de peso, localização inadequada da ostomia e uso incorreto de dispositivos, sendo indispensável a educação em saúde e inclusão do paciente ostomizado na realização do autocuidado para diminuir o risco dessas complicações.



O apoio social é fundamental em relação aos aspectos cognitivos e interpessoais do ostomizado. A participação em grupos de autoajuda ou o convívio com pessoas significativas traduz-se como sentimento de interesse e afetividade, permitindo ao ostomizado enfrentar a situação atual com mais facilidade, o que acaba contribuindo para a sua aceitação e autocuidado; no entanto, este processo é lento e individual.

Para a eficácia do autocuidado das pessoas ostomizadas, a equipe de cuidado deve expressar sua empatia desde o primeiro contato com o paciente, visto que sentimentos de angústia, insegurança e medos são esperados pela nova condição de funcionamento do seu corpo. A assistência e o acolhimento desse indivíduo desde o primeiro atendimento impactam diretamente na vivência familiar, onde encontrarão apoio para aceitar e compreender esse processo e transpor as dificuldades, seguindo com a adesão da autonomia do autocuidado.

Cada procedimento efetivado com êxito estimula e motiva o desenvolvimento da autonomia, consubstanciando a dependência do familiar ao mínimo necessário.

O paciente que alcança o empoderamento de seu autocuidado desfruta de sua independência, ascendendo sua qualidade de vida, alcançando a condição plena em que a ostomia se adaptou ao seu corpo e não o paciente a ostomia. O autocuidado é o padrão de realização de atividades para si mesmo, para atingir as metas relativas à saúde que podem ser fortalecidas. O autocuidado permite cada pessoa realizar por si mesma atividades que visam à continuidade da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar, recuperando sua autonomia e comodidade.

Educar o paciente e planejar adequadamente a alta hospitalar são fatores fundamentais para uma assistência de qualidade. Esses fatores estão intimamente interligados a estratégias de ensino terapêutico para o autocuidado, que devem integrar princípios como o respeito a individualidade do paciente, a garantia do seguimento das principais habilidades práticas adquiridas pelo paciente, capacidade de manipular a ostomia e seus dispositivos, adequação alimentar, práticas devidas de higiene, desenvolvimento da auto-percepção de complicações e empoderamento do resgate de sua autonomia diante da sua nova condição de vida. Todos esses princípios aplicam-se para que o ostomizado reflita sobre sua existência como indivíduo na sociedade e não como um portador de necessidades especiais excluído do convívio social.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diário Oficial da União 2009; 18 nov.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

DA SILVA, Carla Regina Rodrigues et al. Competência para o autocuidado na fase pré-operatória da pessoa com estoma de eliminação intestinal. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 18, p. 39-49, 2018.

DE MOURA, Elizabeth Marine Silva et al. Relato de Experiência dos Desafios Vivenciados pelo Psicólogo na Formação e Manutenção de um Grupo de Apoio a Pacientes Ostomizados. **Revista Saúde e Educação**, v. 5, não. 1 p. 47-60, 2020.

DE OLIVEIRA, Camila Rodrigues et al. O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR DO AUTOCUIDADO A PACIENTES COLOSTOMIZADOS. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 4, p. 18-25, 2020.

FEITOSA, Yterfania Soares et al. Construção e validação de tecnologia educacional para prevenção de complicações em estomias intestinais/pele periestomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

FONSECA, Muriela et al. Sentimentos e emoções da pessoa com ostomia intestinal: revisão sistemática. In: **I Congresso Internacional em Inteligência Emocional/III Seminário Internacional em Inteligência Emocional**. Instituto Politécnico de Bragança, 2019. p. 233-240.

JACON, João Cesar; OLIVEIRA, Roberta LauaniDermindo de; CAMPOS, Giselda Aparecida Moura Castro. Viver com estomia intestinal: autocuidado, sexualidade, convívio social e aceitação. **CuidArte, Enferm**, p. 153-159, 2018.

POZEBOM, Nildete Vargas; VIÉGAS, Karin. Saúde digital e autocuidado em pessoas com estomias intestinais: revisão integrativa. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 19, 2021.

Reisdorfer N, Locks MOH, Girondi JBR, Amante LN, Corrêa MS. Processo de transição para vivência com estomias intestinais de eliminação: repercussões na imagem corporal. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.** v16.p.683.2019.

RIBEIRO, Maiara Vanusa Guedes et al. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO LEITO HOSPITALAR PARA PACIENTE ONCOLÓGICO OSTOMIZADO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO LEITO HOSPITALAR PARA PACIENTES OSTOMIZADOS ONCOLÓGICOS. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, não. 36, pág. 612-618, 2021.

Sasaki, VDM. **Autocuidado com a estomia intestinal e equipamentos coletores**: perspectiva das pessoas estomizadas intestinais, familiares e equipe multidisciplinar do Programa de Ostomizados [Tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2018. 212 f.

Sasaki, Vanessa Damiana Menis et al. Self-careofpeoplewith intestinal ostomy: beyondthe procedural towardsrehabilitation. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2021, v. 74, n. 1 [Acessado 26 Maio 2022], e20200088. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0088>>. Epub 24 Mar 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0088>.

CAPÍTULO 13

OSTOMIZADOS E SEXUALIDADE

Mariana Reis Soares

Anairam Reis Soares

Júlio César Santos

Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques

Romário Versailles Silva Costa

Priscila Xavier de Araujo

Anderson Bentes de Lima

Aostomia intestinal confere grande impacto sobre a sexualidade do paciente e desencadeia problemas físicos, psicoemocionais e sociais, como o sentimento de vergonha do próprio corpo após o procedimento cirúrgico causado pelas cicatrizes e uso da bolsa coletora no abdome; insegurança e medo relacionado à falta de controle do corpo e a eliminação involuntária de fezes, flatos e odor; medo da bolsa descolar ou romper ou ainda provocar lesões decorrentes do esforço exigido durante o ato sexual; medo de rejeição do companheiro, amigos e família; tristeza e raiva de estar nessa situação; além do medo de fracassar no desempenho sexual.

Os ostomizados podem apresentar dificuldades de ordem física, como o obstáculo em realizar o cuidado diário da ostomia, da bolsa coletora e seus adjuvantes e as mudanças no estilo de vida, como hábitos alimentares e práticas de exercícios. Existem ainda as barreiras de origem fisiológica oriundas dos procedimentos cirúrgicos ou da patologia (que provocou a necessidade da ostomia), como a impotência sexual, redução ou perda da libido, ressecamento ou estenose vaginal, dispareunia, distúrbios ejaculatórios e infertilidade.

A prática da sexualidade compreende a expressão de emoções relacionadas à afetividade e sensações físicas em resposta aos estímulos sensoriais, ou seja, não se limita ao impulso e ao ato sexual, mas constitui uma dimensão que vai além do prazer físico, envolvendo momentos que geram satisfação, prazer e bem-estar físico e emocional, desfrutados com outra pessoa. Para muitas pessoas, uma experiência ou ação só tem sentido quando é portadora de uma carga emocional, uma vez que as emoções representam um momento essencial na definição do sentido subjetivo dos processos e relações do sujeito.

O retorno da atividade sexual após a ostomia é influenciado pelas atitudes e reações do companheiro, pelas complicações cirúrgicas, pela vergonha da nova imagem corporal e pela baixa auto-estima. Outra dificuldade enfrentada pelos pacientes é o retorno ao trabalho, além de ter que frequentar ambientes públicos como piscina, clubes, entre outros, por receio de passar por constrangimento em caso de ocorrer situações inesperadas ou mesmo por ter que manusear a bolsa coletora em ambientes públicos.

A abordagem da sexualidade com o paciente portador de ostomia de eliminação intestinal não é um aspecto comum de ser discutido entre pacientes e profissionais da saúde, tanto no âmbito hospitalar quanto ambulatorial, sendo, por vezes, omitida ou discutida superficialmente nos encontros ou consultas de rotina. Os profissionais de saúde têm receio do constrangimento do paciente, o que os faz evitar a abordagem do assunto e os pacientes deixam de buscar informação sobre a situação por vergonha. O enfrentamento desse conteúdo requer uma equipe multiprofissional capacitada para a condução e desenvolvimento de intervenções pertinentes a cada etapa do processo de reabilitação da pessoa com ostomia intestinal.

A assistência prestada pelos profissionais de saúde objetiva fornecer informações que venham facilitar a adaptação do paciente à nova condição. Neste contexto entende-se que as ações de saúde devem ser voltadas para a independência e promoção da autoestima, que garantam ao paciente ostomizado uma melhor adaptação a seu novo modo de vida.



O início deste processo é importante, contudo, determinar esse momento não é fácil, pois logo após a cirurgia a pessoa está preocupada com a sua sobrevivência e recuperação. Somente após as necessidades básicas estarem satisfeitas, as necessidades sexuais são abordadas. Incluir o parceiro sexual em todas as etapas é importante para a adaptação após a cirurgia que originou a ostomia. Preocupações e problemas sexuais são privados e pessoais, devendo ser manuseados com cuidado e sensibilidade.

A necessidade de construção de uma ostomia de eliminação intestinal consequente a um diagnóstico de difícil tratamento, ou após uma urgência de trauma, provoca na pessoa um processo de transição saúde/doença, em virtude das transformações decorrentes da cirurgia. É pela vivência deste processo que a pessoa tem a oportunidade de aumentar o seu bem-estar e adaptar-se à mudança.

As experiências individuais somadas à história pessoal e ao contexto sócio-cultural em que a pessoa está inserida são determinantes no tipo de atitude que o paciente terá frente às novas e inesperadas situações. A presença da ostomia intestinal, somada ao contexto e exigências sociais, pode representar grande carga emocional para a pessoa, que, por vezes, sem vislumbrar alternativas, se esconde, se isola e evita até mesmo pensar sobre a sexualidade, negando-a ou colocando-a de lado como uma dimensão esquecida ou reprimida.

A sexualidade faz parte da personalidade de cada pessoa, sendo uma necessidade vital do ser humano e não pode ser isolada dos outros aspectos da vida. Manifesta-se como necessidade fisiológica, onde o desejo e a atração têm relação direta. O sexo provoca emoções e ultrapassa concepções físicas que intermedeiam a vida do ser, tendo inúmeras faces, e que abrange significativa carga de subjetividade.

Uma ostomia intestinal gera mudanças no cotidiano do paciente e de seus familiares, caracteriza uma invasão da intimidade física e psicológica com diferentes graus de intensidade e tipos de repercussões. Uma ostomia acarreta alteração física visível e significativa do corpo, podendo transformá-lo num corpo privado de sua integridade, dinamismo e autonomia, causando conflitos e desequilíbrios interiores, por vezes alterando relações com o mundo exterior, inclusive no que se refere à vivência de sua sexualidade, uma vez que o mesmo modifica a imagem corporal. Esta condição vivida pode levar ao isolamento psicológico e social, interferindo nos relacionamentos familiar, com amigos, no trabalho e parceria sexual, quase sempre permeados por sentimentos negativos, como ansiedade, medo e dúvidas.

A insatisfação com o corpo alterado e com a perda do controle das eliminações intestinais acarreta diminuição da autoestima e sentimentos de auto-exclusão. Estes, quando identificados, valorizados e trabalhados por profissionais especializados, podem ajudar a pessoa e parceiro na adaptação às novas condições e na busca de novas estratégias de enfrentamento, inclusive para uma vida sexual ativa e prazerosa, auxiliando nos processos de adaptação e reabilitação.

A sexualidade ultrapassa a necessidade fisiológica e tem relação direta com a simbolização do desejo; não se reduz aos órgãos genitais; refere-se à emoção que o sexo pode produzir; transcende definições físicas; se coloca como algo mais difuso que permeia todos os momentos da vida; possui significados complexos, multifacetados e que concen-

tram grande carga de subjetividade.

Os significados atribuídos à sexualidade reafirmam que o vínculo com o parceiro pode ser fortalecido com o diálogo, que, aliado ao respeito e ao carinho mútuo, compõem um caminho fundamental para a busca do equilíbrio conjugal, sexual e do prazer partilhado. Todos estes aspectos propiciam um relacionamento íntimo e prazeroso, gerando uma satisfação das necessidades físicas e emocionais, mesmo com a presença da ostomia no corpo.

O processo de aceitação e adaptação à ostomia é evolutivo e sequencial, durante o qual, a pessoa desenvolve mecanismos de defesa, em que há negação e repressão das emoções, resultando em atitudes confusas, de regressão e hostilidade, geralmente direcionadas às pessoas mais próximas e afetivamente importantes. A percepção e o apoio familiar e/ou do parceiro é essencial neste processo, somados à qualidade das relações aí estabelecidas.

O apoio da família e do parceiro são essenciais para o desenvolvimento de atitudes positivas frente à nova situação, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação pós-operatória, adaptação funcional e retorno às atividades da vida diária, incluindo a vivência da sexualidade.

REFERÊNCIAS

- COGO, Silvana Bastos et al. Considerações acerca dos aspectos emocionais na vida do paciente oncológico ostomizado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5192-e5192, 2021.
- DA SILVA CRUZ, Nathália; DE MEDEIROS TAVEIRA, Lucia. Cotidiano de mulheres colostomizadas e o impacto na sexualidade. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 2, p. 121-128, 2020.
- DA SILVA, Hilari; GARCIA, Raquel Potter. SEXUALIDADE DE PACIENTES ESTOMIZADOS. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 11, n. 2, 2019.
- DA VERA, Samuel Oliveira et al. Sexualidade e qualidade de vida da pessoa estomizada: reflexões para o cuidado de enfermagem. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, v. 3, n. 4, p. 788-793, 2018.
- DE SOUZA RAMOS, Everton et al. Ostomia e sexualidade. **Biológicas & Saúde**, v. 11, n. 38, p. 68-69, 2021.
- GOMES, César Alexandre Martins. **A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com cancro colorrectal**. 2019. Tese de Doutorado.
- LANNES, Larissa et al. SEXUALIDADE DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL SUBMETIDOS À COLOSTOMIA DEFINITIVA. **Biológicas & Saúde**, v. 8, n. 27, 2018.
- MOREIRA, Genilda; TERRA, Ivan; PAULA, Karla Cristtyna. ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS COM PACIENTES OSTOMIZADOS NO CONTEXTO HOSPITALAR. 2021.
- PERFOLL, Ronaldo. SEXUALIDADE DE MULHERES OSTOMIZADAS SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA CORPORAL. Mariane Peres Albino Fernanda de Souza Fernandes.
- SOUSA, Clementina dos Prazeres Fernandes de. Criação e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem de estomaterapia: contributos na adaptação à ostomia e qualidade de vida. 2018.
- TOMAZ, Sandra Raquel Gomes. **Vivência (s) e significados da sexualidade na pessoa com ostomia de eliminação intestinal**. 2018. Tese de Doutorado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

CAPÍTULO 14

DEMARCAÇÃO DAS OSTOMIAS INTESTINAIS

Fernanda Marayze Monteiro Vieira Marques

Mariana Reis Soares

Priscila Xavier de Araujo

Demarcação é determinar limites por meio de marcas, demarcar a ostomia na parede abdominal significa delimitar uma região ideal para que durante o ato cirúrgico seja realizado a confecção de uma abertura anatomicamente adequada com intuito de minimizar complicações, que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes e trazer para o paciente uma maior autonomia no seu autocuidado com o mínimo de desconforto possível. A demarcação no pré-operatório da ostomia é considerada uma prática essencial que reflete diretamente na reabilitação e qualidade de vida dos pacientes.

É direito do paciente ostomizado receber orientações no pré-operatório, ter a ostomia adequadamente demarcada e bem construída. No pré-operatório procede-se a demarcação e, posteriormente, pode-se optar pela colocação de um dispositivo com característica e diâmetro semelhantes àquele a ser utilizado no pós-operatório imediato a fim de conferir a demarcação; tal procedimento deve ser autorizado pelo paciente.

Para uma confecção da ostomia ideal para cada paciente é necessário que a demarcação siga algumas considerações.

ESCOLHA DO LOCAL DA OSTOMIA

O paciente portador de ostomia de eliminação intestinal pode apresentar problemas físicos e psicossociais em decorrência de uma localização inadequada da ostomia, dessa forma a escolha e demarcação do local deve ser realizada antes da intervenção cirúrgica, portanto deve constituir-se em um procedimento de rotina nas cirurgias eletivas e de urgência.

Para a seleção do local da ostomia, deve-se avaliar as características individuais do paciente e considerar os critérios gerais para uma boa localização técnica. A demarcação da ostomia intestinal deve ser feita no músculo reto abdominal onde será inserido a ostomia. Evitando assim prolapsos ou desenvolvimento de hérnia peristomal. O músculo reto do abdome é um músculo achatado e estreito localizado na face ventral da parede abdominal e que os músculos da parede anterior e lateral do abdome incluindo o oblíquo externo e interno, transversos abdominal, reto-abdominal e o piramidal, possuem fibras em diferentes direções que produzem uma resistência adicional.

Destaca-se seis fatores básicos a serem avaliados na escolha do local da ostomia: a região do abdome e tipo de cirurgia proposta, localização do músculo reto-abdominal, superfície de aderência do abdome, visibilidade do local, distância adequada de áreas críticas e presença de próteses ou aparelhos ortopédicos.

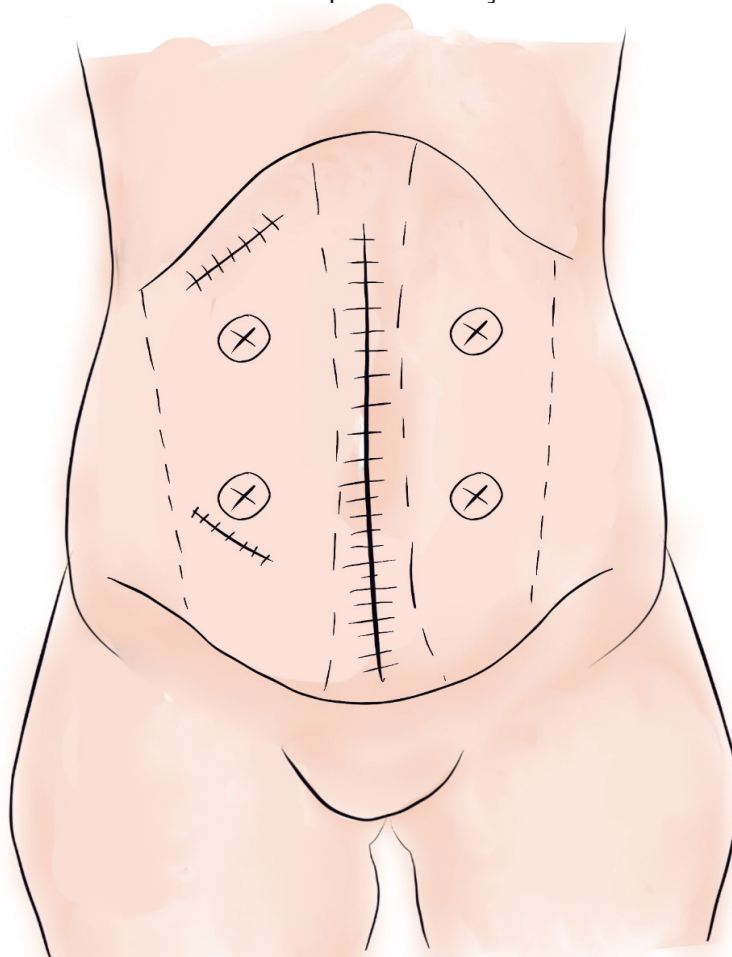


REGIÃO DO ABDOME E TIPO DE CIRURGIA PROPOSTA

A indicação da cirurgia programada permite conhecer a porção do trato intestinal a ser exteriorizada e, conseqüentemente, o quadrante abdominal mais indicado, direito ou esquerdo, inferior ou superior. Dependendo do segmento intestinal a ser exteriorizado, uma região diferente no abdome será selecionada e demarcada.

SEGMENTOS INTESTINAIS EXTERIORIZADOS	OSTOMIA REALIZADA	QUADRANTE A SER DEMARCADO
ILEO	ILEOSTOMIA	QUADRANTE INFERIOR DIREITO
CECO	CECOSTOMIA	QUADRANTE INFERIOR DIREITO
CÓLON ASCENDENTE	COLOSTOMIA ASCENDENTE	QUADRANTE INFERIOR DIREITO
CÓLON TRANSVERSO	TRANSVERSOSTOMIA	QUADRANTE SUPERIOR DIREITO OU ESQUERDO
CÓLON DESCENDENTE	COLOSTOMIA DESCENDENTE	QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO
CÓLON SIGMÓIDE	SIGMOIDOSTOMIA	QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO

Figura 1. Segmentos demarcados no abdome para confecção de ostomias de eliminação intestinal



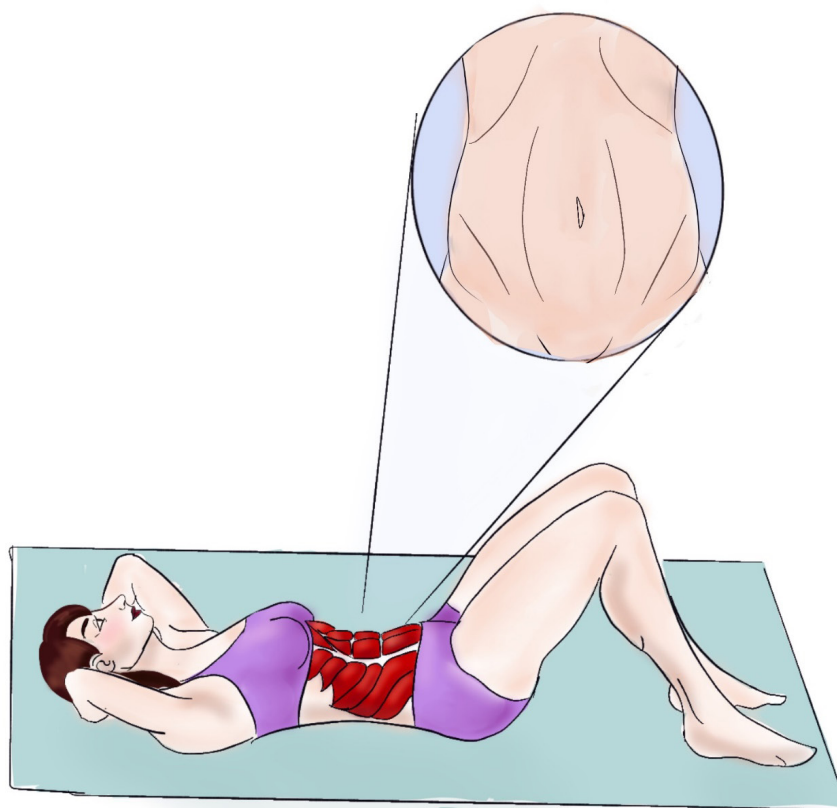
Fonte: autores

No quadro e a imagem acima observa-se os segmentos intestinais a serem exteriorizados de acordo com as ostomias propostas e regiões do abdome a serem demarcadas. Contudo deve-se considerar as possibilidades de modificações do local de demarcação após avaliação detalhada da topografia abdominal em relação ao tamanho do abdome, presença de cicatrizes, pregas abdominais e outros.

LOCALIZAÇÃO DO MÚSCULO RETO-ABDOMINAL

O músculo reto-abdominal é importante para a localização da área a ser demarcada, podendo ser identificado pela inspeção e palpação. A delimitação do músculo toma-se facilitada quando o paciente na posição dorsal pode elevar a cabeça, possibilitando e evidenciar de forma mais proeminente o músculo. É importante que na demarcação se delimite as bordas externas do músculo reto abdominal, a fim de garantir que a ostomia seja exteriorizada através deste músculo, reduzindo o risco para a ocorrência de prolapso e hérnia periestomal.

Figura 2. Localização e demarcação do musculo reto- abdominal



Fonte: autores

ÁREA DO ABDOME PARA ADERÊNCIA DO DISPOSITIVO

A área do abdome para aderência do dispositivo pode ser delimitada através da utilização de anéis adesivos das bolsas coletoras ou anéis plásticos de fixação. Para o adulto, usualmente, demarca-se uma superfície de aproximadamente 4 a 5 cm em retração aos

pontos críticos que devem ser evitados, facilitando a colocação do futuro dispositivo.

VISIBILIDADE DO LOCAL

O local da ostomia deve estar visível ao paciente para que ele posteriormente possa tornar-se independente no autocuidado. Deve-se dar atenção especial as mulheres devido as mamas, particularmente, para àquelas que as possuem grandes e pêndulas e, também aos obesos.

DISTÂNCIA ADEQUADA DE ÁREAS CRÍTICAS

Ao demarcar uma ostomia devemos evitar as proeminências ósseas, rebordo costal, depressão umbilical, zona média do pubis, áreas da pele afetada por processos crônicos de pele, incisões cirúrgicas ou qualquer outra cicatriz, dobras abdominais e a linha da cintura.

PROCEDIMENTOS PARA DEMARCAÇÃO DA OSTOMIA

Para realizar o procedimento deve-se levar em conta a condição física, postura ergonômica, profissão, antecedentes culturais e práticas de lazer dos pacientes. Se houver possibilidade é importante simular previamente a demarcação da ostomia com o paciente em várias posições: deitado, sentado, em pé realizando movimentos de maior expansão, tidos como habituais, permitindo a modificação dos contornos abdominais. Tais modificações devem ser observadas porque elas podem comprometer o local previsto preliminarmente como ideal.

A posição da ostomia na parede abdominal em adultos que deambulam e possuem peso normal deve manter a distância mínima de 4 a 5 cm dos pontos críticos. A demarcação exige o emprego de um método para que a marca ou sinal após sua realização permaneça indelével durante o período intra-operatório, a técnica escolhida deve ser segura com o mínimo de desconforto ao paciente e claramente identificável pelo cirurgião no momento do ato cirúrgico.

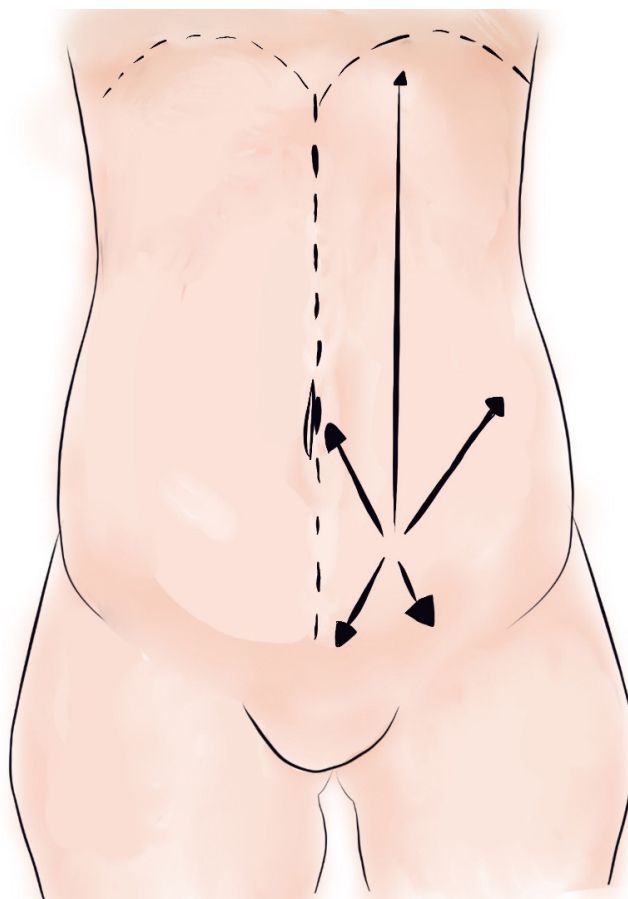
CANETA ESPECIAL OU MARCADOR

Esta é uma técnica a prova d'água, sendo a mais utilizada em função de suas vantagens. É indolor, não invasiva e econômica, permitindo demarcar o local com uso de aros do tamanho aproximado ao das ostomias, conforme preconizado: 25 mm para a ostomia do intestino delgado e 32 mm para as ostomias do intestino grosso. A demarcação produzida é semi-permanente, resistente ao preparo da pele no pré-operatório, podendo-se utilizar de película protetora da pele para aumentar a proteção da marca, desde que o paciente não tenha potencial para desenvolver alergia.

PROCEDIMENTO PARA DEMARCAÇÃO

O procedimento para a demarcação segue as seguintes etapas:

1. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
2. Avaliar a área abdominal nas posições: deitada, em pé e sentada;
3. Dividir o abdome em quadrantes, delimitando a linha da cintura e o músculo re-
to-abdominal;
4. Delimitar a distância mínima de 4 a 5 cm em relação aos pontos críticos a serem evitados;
5. Assinalar o local selecionado provisoriamente com um X ou com um círculo de
mais ou menos 2,5 cm;
6. Solicitar ao paciente que fique em pé e sentado para avaliar a visibilidade do local;
7. Demarcar o local definitivo com caneta especial;
8. A demarcação do local da ostomia requer conhecimento científico, muito embora
constitua-se em procedimento simples que pode ser realizado por enfermeiros
sem formação em estomaterapia, desde que comprometidos com a assistência
individualizada do paciente ostomizado.



Para a obtenção de melhores resultados, a demarcação da ostomia deve ser realizada juntamente com o cirurgião no dia em que antecede a cirurgia ou horas antes, sendo este um cuidado essencial na prevenção de complicações posteriores relacionadas ao autocuidado, ajustamento e adequação do dispositivo coletor, manutenção das condições da pele periestomal, contribuindo com a sua reabilitação e retorno mais rápido às atividades laborais.

Para assegurar uma melhor qualidade de vida ao ostomizado é necessário uma posição correta da ostomia no abdome, destacando que uma vez mal localizado criará problemas na aderência do dispositivo, provocando vazamento do efluente, o que inevitavelmente levará a lesões periestomal, dificultando sua reabilitação e adaptação na sociedade.

A localização adequada da ostomia constitui-se no fator importante para o paciente, assegurando o uso do dispositivo com segurança e o retorno mais precoce à vida normal. A reabilitação é um dos principais objetivos da demarcação, assim o local da ostomia deve ser selecionado cuidadosamente no pré-operatório, levando em consideração as atividades do paciente, limitações físicas e sua constituição anatômica. A seleção e a demarcação do local da ostomia, a higienização, a adaptação do dispositivo e a facilidade do manuseio, são fatores essenciais para reabilitação e segurança e bem-estar do ostomizado.

REFERÊNCIAS

- ARREBOLA, Beatriz et al. TELEATENDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO: COMPARTILHAMENTO DE DEMARCAÇÃO DE OSTOMIAS. In: **Congresso Paulista de Estomaterapia**. 2021.
- AVANCINI, Gustavo Senra et al. Crianças portadoras de ostomias digestivas baixas: uma revisão integrativa. 2021.
- DA COSTA MONTEIRO, Ana Karine et al. CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ESTOMIAS INTESTINAIS DE ELIMINAÇÃO. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, 2019.
- DE FREITAS, Renata Camila Lacerda et al. Importância da atuação do enfermeiro na demarcação do estoma no pré-operatório mediato. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/ElectronicJournalCollection Health ISSN**, v. 2178, p. 2091, 2018.
- DE LIMA, Kassia Alice Anjos et al. ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 226-234, 2020.
- DOS SANTOS, Alberto Matos et al. Cuidados de enfermagem relacionados à prevenção de prolapso em ostomias intestinais: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society andDevelopment**, v. 11, n. 2, p.2022.
- MAFRA, Iraneide Ferreira et al. Estudo da efetividade da demarcação de estoma intestinal por estomaterapeuta em pacientes com doença oncológica. 2020.
- NASCIMENTO, Euzagleiziane Alves et al. ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES OSTOMIZADOS. In: **Congresso Paulista de Estomaterapia**. 2021.
- NASCIMENTO, Marcelo Victor Freitas et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. **Ciencia y enfermería**, v. 24, p. 1-13, 2018.
- SAMPAIO, Luis Rafael Leite et al. Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 22, p. 63-71, 2019.
- THUM, Magali et al. Complicações tardias em pacientes com estomias intestinais submetidos à demarcação pré-operatória. **ESTIMA, Braz J EnterostomalTher**, v. 16, p. e4218, 2018.

Pascal
Editore