

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

DAYANA PAULA LOPES CALMON

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COLOSTOMIZADO**

VITÓRIA
2014

DAYANA PAULA LOPES CALMON

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COLOSTOMIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Livia Perasol Bedin

VITÓRIA
2014

DAYANA PAULA LOPES CALMON

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE COLOSTOMIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a Dr.^a. Lívia Perasol Bedin - Orientadora

Prof.^a Ms. Claudia Curbani Vieira Manola- FCSES

Prof.^a Esp. Maristela Villarinho de Oliveira - FCSES

Dedico este trabalho as duas pessoas mais importantes da minha vida, minha mãe Ana Lucia (in memoriam) e minha irmã Layani (in memoriam) que sempre confiaram na minha dedicação e no meu esforço, sempre me deram apoio em continuar minha caminhada mesmo com todas dificuldades da vida, hoje infelizmente elas não estão aqui comigo em vida para ver essa Vitoria tão almejada, mas sei e creio que de algum lugar elas estão vendo meu crescimento e estão felizes comigo por mais esse sonho estar se concretizando.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus fonte de vida, pelo seu amor infinito, por ter me encorajado e orientado os meus passos nos momentos mais difíceis dessa caminhada, especialmente quando encontrava alguns desafios que me deixavam desanimada e por algumas vezes chegava a pensar que não conseguiria terminar.

Agradeço em especial Dr^a Ana Luiza, uma pessoa maravilhosa, amiga e companheira que Deus me presenteou em um dos momentos mais difíceis da minha vida, você que acreditou e me encorajou todos os dias a chegar até aqui, amiga muito obrigada pelo carinho e apoio de sempre, você é muito especial em minha vida.

Aos meus familiares que souberam compreender minha ausência e me apoiaram mesmo de longe a continuar lutando por meus ideais. Muito obrigada.

Aos meus amigos maravilhosos que sempre me apoiaram a chegar até aqui e souberam compreender minha ausência no decorrer desses quatro anos, muito obrigada, vocês são muito especiais, agradeço também a amiga Carmem (Carminha) que me aturou em todas as fases, momentos difíceis que tive vontade de desistir e você amiga sempre estava ali para me ouvir, por todas as vezes que largou seus estudos para prova da OAB estava ali comigo me ajudando quando tinha dificuldades, quando eu ligava chorando falando que não iria conseguir, você sempre me apoiou e tinha uma palavra de conforto para me dar, o meu muito obrigada, você faz parte deste sonho.

Aos meus professores e mestres que sem o ministrar de vocês não chegaria até aqui, em especial a minha orientadora Livia Perasol, que sempre me apoiou e acreditou na minha capacidade. Muito obrigada.

Sem vocês essa conquista não seria possível. Obrigada!

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante”. Charles Chaplin

RESUMO

Colostomia é o procedimento cirúrgico que consiste na extração de uma porção do tubo digestivo, que neste caso é o intestino, e na abertura de um orifício externo, no qual se denomina por estoma. O objetivo geral deste estudo é elaborar um protocolo de assistência de enfermagem a pacientes submetidos à colostomia e como objetivos específicos definir colostomia, procedimento, indicações e complicações. Elencar a assistência de enfermagem pré, intra e pós-operatório e descrever o papel do profissional enfermeiro durante o processo. A metodologia utilizada abordou uma pesquisa bibliográfica utilizando como recurso a base de dados Bireme, periódicos em fonte de papel e livros específicos da área. Os resultados encontrados permitiram com esse estudo constatar a importância da assistência de enfermagem juntamente com o papel do enfermeiro ao paciente colostomizado, visto que essa assistência se inicia desde o momento em que este paciente recebe a notícia de sua patologia e provável confecção do estoma, no qual ele necessitará de um apoio com uma equipe multidisciplinar composta pelo enfermeiro estomaterapeuta e outros profissionais para esclarecer todas as dúvidas e medos que venham a surgir durante o tratamento, e essa assistência vai até o momento de sua alta hospitalar, sendo instruído pelo enfermeiro que após sua alta o mesmo deverá continuar seu acompanhamento ambulatorial. Conclui-se que o paciente ostomizado necessita de cuidados individualizados no pré, intra e pós-operatório, e o enfermeiro é o maior responsável pelo desenvolvimento desse processo durante o período de internação.

Palavras-chaves: Estoma, Colostomia, Assistência de Enfermagem, Estomaterapeuta, Complicações.

ABSTRACT

Colostomy consist in a surgical bowel segment resection with an external coneccion that is called stoma. Our general study objective is to create a nurse assistencial protocol for patients with colostomy and specific goal to define colostomy, procedure, directions and complications. To list nurse assistance at pre, intra and post surgery and describe the nurse professional role over the process. The study methodology adressed a bibliographic research using Bireme data, papers periodicals and specific field books. The find outs results allowed to confirm the matter of nursing assistance herewith nurse role to colostomy patients whereas this assistance began at desease news and stomy necessity report. Requirement multidisciplinary support constituted by stomatotherapist nurse and others professionals to explain doubts and fears during the treatment. This assistance began at hospital discharge instructed by nurse who will keep support even during clinical attendance. The study concludes stomy patients needs individualized care at pre, intra and post operative and nurse is the most responsible to development this process over hospital stay.

Keywords: stoma, colostomy, nurse assistance, stomatotherapist, complications.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Tipos de colostomias.....	28
Figura 02 – Bons hábitos alimentares contra a diverticulose	29
Figura 03 – Demarcação inicial sentada	43
Figura 04 – Demarcação final sentada.....	43
Figura 05 – Demarcações de um segundo estoma.....	44
Figura 06 – Demarcações de um segundo estoma.....	44
Figura 07 – Demarcação com o paciente em pé, e com abdome plano	44
Figura 08 – Demarcação em abdome globoso.....	45
Figura 09 – Demarcação em dobras cutâneas.....	46
Figura 10 – Demarcação do estoma	47
Figura 11 - Prolapso.....	52
Figura 12 – Lesões na mucosa	52
Figura 13 – Dobra da região inguinal, dificultando a fixação da bolsa coletora.....	54
Figura 14 – Duas estomias próximas, dificultando a fixação da bolsa coletora	54
Figura 15 – Estoma mal localizado, dificultando a utilização de vestuário, sentar-se à mesa, adaptação da bolsa e higienização	54
Figura 16 – Estoma com necrose total, devido à isquemia	55
Figura 17 – Estoma localizado na incisão cirúrgica, proporcionando infecções.....	55
Figura 18 – Estoma bem localizado, favorecendo uma melhor qualidade de vida ao ostomizado	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 OSTOMIA.....	23
2.2 COMPLICAÇÕES COM O ESTOMA.....	26
2.3 ESTOMAS INTESTINAIS.....	26
2.4 TÉCNICAS PARA CONFECÇÃO DE UMA OSTOMIA.....	31
2.5 O PROCESSO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	32
2.6 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	34
2.7 CUIDADOS PERIOPERATÓRIO DO PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA.....	37
2.7.1 Cuidado pré-operatório.....	39
2.7.2 Cuidado intra-operatório.....	47
2.7.3 Cuidado pós-operatório.....	48
2.8 COMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA.....	50
2.9 ASPECTOS EMOCIONAIS DO PACIENTE OSTOMIZADO.....	56
2.10 ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA.....	58
2.11 QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COLOSTOMIZADAS COM OU SEM USO DE MÉTODOS DE CONTROLE INTESTINAL.....	62
2.12 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR COM O PACIENTE OSTOMIZADO.....	65
2.13 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS.....	67
2.14 PROTOCOLO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA.....	68
2.14.1 Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.....	69
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO A.....	85
ANEXO B.....	89

1 INTRODUÇÃO

Designa-se por ostomia o procedimento cirúrgico realizado pela abertura de parte de um órgão no qual se faz contato do meio interno com o meio externo, sendo essa extração uma porção do intestino, classificando-se por colostomia ou ileostomia, tendo por finalidade desviar o trânsito intestinal que por algum motivo encontra-se obstruído. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Cascais, Martini e Almeida (2007) descrevem que o cirurgião alemão Lorez Heister em 1709 relata ter realizado cirurgias de retirada de parte do intestino em soldados que tinham ferimentos intestinais. Mas tempos depois se descobriu que a técnica de Heister não era classificada como cirurgias de ostomias. Já em 1776, Pillore pode realizar uma cirurgia de cecostomia inguinal obtendo sucesso em seu procedimento. No ano de 1783, Antonie Dubais um cirurgião de Napoleão, teria realizado uma cirurgia com fixação de alça intestinal no abdome de uma criança que havia nascido há três dias com imperfuração anal, sendo esse procedimento denominado por colostomia.

Ainda de acordo com os autores Cascais, Martini e Almeida (2007), existe um grande desenvolvimento de técnicas cirúrgicas bem como tecnologias a serem usufruídas pelas pessoas ostomizadas, destacando-se principalmente quando se trata do nível de bolsas coletoras, visando uma melhor qualidade de vida a este paciente. Entretanto, essas pessoas no seu dia a dia enfrentam um conjunto de alterações em seu estilo de vida, em função desse tipo de procedimento.

Segundo Rocha (2011), classifica-se por estomas intestinais temporários os transitórios ou definitivos os permanentes. Dessa forma os segmentos mais apropriados para confecção de um estoma intestinal são íleo, o cólon transversal e o sigmóide. As indicações para a confecção dos estomas são variadas podendo-se destacar por: Obstruções intestinais, Perfurações do cólon, Traumas, Fístulas e Proteção de anastomose de alto risco.

Portanto, para a confecção adequada de um estoma é muito importante adequar uma qualidade de vida melhor a este paciente, sendo esclarecido com detalhes os motivos que levaram a necessidade da confecção desse estoma e se ele será de caráter temporário ou permanente, suas possíveis complicações e os cuidados que se deve ter no manuseio e manutenção do mesmo. (ROCHA, 2011).

Este estudo tem como objetivo geral elaborar um protocolo de assistência de enfermagem a pacientes que serão submetidos à colostomia e como objetivos específicos definir colostomia, procedimento, indicações e complicações. Elencar a assistência de enfermagem pré, intra e pós-operatório e descrever o papel do profissional enfermeiro durante o processo.

A justificativa para a realização do presente estudo é conhecer os diversos tipos de ostomias e os motivos pelos quais elas são realizadas visando o cuidado de enfermagem como papel principal e fundamental para o restabelecimento da qualidade de vida do ostomizado, principalmente no desenvolvimento do autocuidado no pós-operatório.

Observa-se a dificuldade que os ostomizados e seus familiares enfrentam nos cuidados com a ostomia após a alta hospitalar, sendo estas dificuldades de diversos tipos, englobando-se nos aspectos físicos, emocionais e sociais, para o paciente e sua família.

Em função disso, são de extrema importância a responsabilidade, capacitação e qualificação dos profissionais de enfermagem frente aos cuidados e conhecimentos com técnicas que serão adotadas após o ato cirúrgico, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente submetido a uma ostomia, visando seu enfrentamento as dificuldades que poderão surgir posteriormente e reintegrando-o a vida social novamente.

Então, para que se proporcione uma melhor qualidade de vida ao ostomizado, deve-se ter um trabalho multidisciplinar, no qual serão esclarecidos com detalhes os motivos da necessidade de uma ostomia, se será temporário ou definitivo, suas possíveis complicações e os cuidados no manuseio e manutenção do estoma.

Portanto, é importante que toda a sociedade tenha consciência desse processo para diminuir o preconceito que a mesma impõe, pois o ostomizado é um cidadão como qualquer outro que têm direitos e deveres que devem ser cumpridos iguais aos outros, sendo assim ele tem seu espaço na sociedade e deve ser respeitado neste meio.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que é designada por esse nome por se tratar de bibliografias já publicadas em relação ao tema proposto, ou seja, são todos os artigos, boletins, revistas, livros, jornais, monografias dentre

outros, que tem como o assunto abordado no trabalho e auxilia como fonte de pesquisa para elaboração de um novo contexto. A finalidade de uma pesquisa bibliográfica é pôr o pesquisador em contato direto com o que já foi escrito, e servindo de referência para transcrição de um novo tema. (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Foi realizada uma seleção de 50 artigos científicos tendo como um levantamento bibliográfico em publicações de livros, teses, revistas que abordem o tema proposto e utilizados como fonte de coleta de dados sites: Lilacs, Bireme e Scielo.

O estudo foi delimitado num período de anos entre 1979 desde o processo de enfermagem descrito por Wanda Horta até o ano de 2014, demonstrando o que se teve relevância em desde aquela época até os dias atuais.

Os descritores utilizados para seleção dos artigos foram: colostomia, assistência de enfermagem ao colostomizado, estomas, o processo de cuidar em enfermagem, sistematização da assistência em enfermagem, pré intra e pós-operatório de colostomia, demarcações dos estomas, complicações pós-operatórias, papel do estomaterapeuta, métodos de controle intestinal como irrigação, associação dos ostomizados, aspectos emocionais do paciente ostomizado, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem e elaboração de protocolo na assistência de enfermagem ao paciente ostomizado.

Em análise do material bibliográfico selecionado estabeleceu-se a sequência de: procura e leitura de cada artigo, seguido da identificação de ideias centrais proposta pelos autores e resumo crítico em forma de fichamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OSTOMIA

As palavras ostomia, ostoma, estoma ou estomia vem de origem grega que significam boca ou abertura de uma nova boca, sendo utilizado na exteriorização de uma víscera na parede abdominal, um trajeto alternativo para saída de urina, a comunicação do estomago ou jejuno com o meio exterior para alimentação, abertura da traquéia para respiração ou abertura do cólon ou íleo para saída de fezes. Estas técnicas de ostomias são realizadas por meio de ato cirúrgico, no qual uma boca passa a fazer contato com o meio externo. (GAMELLI; ZAGO, 2002).

Nas ostomias de respiração nós teremos a traqueostomia, já na ostomia de alimentação destacam-se a gastrostomia e jejunostomia.

De acordo com o INCA (2003), para confecção de uma traqueostomia é necessário que o paciente apresente muita dificuldade ao respirar principalmente ao deitar-se. A partir desse momento este paciente necessitará de uma traqueostomia, que é a abertura da traquéia para colocação de um tubo por onde o ar passará a circular sem interrupções. Este procedimento é realizado em alguns tipos de câncer de cabeça e pescoço e outros tipos de doenças que levam o prejuízo da respiração.

Outra forma de ostomia segundo Santos e outros (2011), poderá ser realizada por meio da comunicação da luz do estomago e do jejuno proximal a parede abdominal, será de forma definitiva ou temporária, dependendo de sua indicação, sendo de necessidade prolongada para descompressão digestiva ou de suporte alimentar, denominando-se de gastrostomia ou jejunostomia.

De forma temporária a descompressão gástrica é indicada a pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, psicóticos, idosos onde se queira evitar o desconforto de e os riscos de sonda nasogástrica. Quanto à alimentação a gastrostomia temporária se dá em função de dificuldade ao acesso ao trato digestório está temporariamente prejudicada para recuperação e manutenção do estado nutricional, sendo ele por estenose caústica, câncer de esôfago, coma prolongado. Já no caso da gastrostomia definitiva ela se dá em função de uma terapêutica paliativa para pacientes com neoplasias malignas irresssecáveis da faringe e do esôfago, doenças

nerológicas como demência, esclerose amiotrófica lateral, sequelas de acidente vascular cerebral, doenças que afetam a motilidade da língua, da faringe e do esôfago comprometendo a deglutição e o apetite e doença de Parkinson. (SANTOS et al., 2011).

Para Santos e outros (2011), a jejunostomia temporária pode ser realizada para complemento de uma gastrectomia total, em pacientes idosos, pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Sua indicação temporária se dá para recuperação e manutenção do estado nutricional e quando é denominada definitiva sua indicação é dada como terapêutica paliativa em pacientes com neoplasia maligna irresssecável do estômago, pacientes com deglutição comprometida, doenças neurológicas.

Para as ostomias de eliminação teremos em destaque as urinárias e intestinais.

São inúmeras as doenças que levam o paciente a indicação de ostomias intestinais, dentre elas destacam-se por doença de Chagas, doença de Chron, Câncer entre outras. (SONOBE; BARRICHELLO; ZAGO, 2002).

Pode-se perceber que os casos de câncer que acometem o cólon e o reto hoje nas estatísticas estão em torno de 945 mil novos casos sendo o mais comum em países desenvolvidos. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

O câncer é um dos maiores causadores de mortalidade e morbidade em nível mundial. Atualmente existem 24.6 milhões de pessoas com o diagnóstico de câncer e estima-se que para o ano de 2020 serão cerca de 30 milhões, tornando-se assim, um grave problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p.164).

Bechara e outros (2005), explicam que as confecções de colostomias e ileostomias geralmente são indicadas no tratamento de várias doenças destacando-se por diverticulite, doença inflamatória intestinal, colites, traumas, megacólon, incontinência anal, anomalias congênitas, retites actínicas, câncer e anastomoses. Sendo que a confecção desses estomas intestinais em sua forma mais comum é dada no tratamento de tumores colorretais, obstruções por tumores pélvicos ou em ressecções ampliadas.

Segundo Maruyama e Zago (2005) os aspectos marcantes da vida desses pacientes antes da colostomia foram às mudanças no padrão intestinal, sendo interpretado como hemorróidas, o que em nossa cultura não significa uma doença grave, mas

uma desordem passageira e um fato natural. Então a partir daí esses pacientes passaram a procurar ajuda nos postos de saúde como forma de solucionar o problema vivido por eles.

Quadro 1- Tipos de Ostomias

TIPOS DE OSTOMIAS		FINALIDADES
Ostomias de Respiração	Traqueostomia	Melhorar a entrada de ar aos pulmões.
Ostomias de Alimentação	Gastrostomia e Jejunostomia	Promover alimentação por meio desta via, uma vez que o paciente se encontra impossibilitado de se alimentar pela boca.
Ostomias de Eliminações Urinárias	Ureterostomia: estoma feito a partir dos ureteres.	Eliminação urinária.
	Citostomia: estoma feito a partir da bexiga.	
	Nefrostomia: estoma feito a partir do rim.	
	Conducto ileal ou colónico: o estoma é feito a partir da ligação dos ureteres a uma porção do intestino delgado (íleo, se denominado conducto ileal) ou grosso (cólón, denominando-se de conducto colónico).	
Ostomias de Eliminações Intestinais	Ileostomia: o estoma é feito a partir do íleo (intestino delgado).	Eliminação de Fezes
	Colostomia: o estoma é feito a partir do cólon (intestino grosso).	

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

2.2 COMPLICAÇÕES COM O ESTOMA

Para Marsico e Marsico (2010), as complicações de uma traqueostomia são inúmeras, desde ao dano traqueal causado pelo balonete e com a cânula de traqueostomia, sendo a lesão isquêmica induzida devido à alta pressão exercida pelo balonete, que como medida preventiva não é correta que se ultrapasse 20-25 mmHg. Mas as principais complicações de traqueostomias ocorrem no período transoperatório, podendo se destacar por sangramentos, a localização incorreta da cânula, lesão traqueal, esofágica, laceração da tireóide, parada cardiorrespiratória, pneumomediastino e pneumotórax.

Conforme Santos e outros (2011), as complicações relacionadas à gastrostomia e jejunostomia tem sua principal relação com a incontinência da estomia, infecção da parede e troca de sondas. Esta incontinência do estoma propicia contaminação peritoneal e parietal e lesões cutâneas, devido o refluxo de secreções gástricas em torno da sonda.

Rocha (2011) descreve como principais complicações para ostomias sendo classificadas como precoces: a isquemia ou necrose de alça exteriorizada na parede abdominal, sangramento, retração com desabamento da ostomia, infecções, edema, dermatite peri-estomal. E complicações para ostomias tardias: estenose e obstrução, prolapso, hérnia para-estomal e fistulas.

2.3 ESTOMAS INTESTINAIS

Denomina-se de estomas intestinais (colostomias e ileostomias) e anastomoses intestinais a exteriorização do cólon ou íleo por meio da parede abdominal sendo de tempo indeterminado. Classificando os estomas do intestino grosso de colostomias e os de segmento distal do intestino delgado (íleo) as ileostomias, lembrando que os estomas intestinais podem ser temporários (provisórios) ou definitivos (inalteráveis). (ROCHA, 2011).

Os tipos de colostomia variam de acordo com a sua localização no abdômen e o segmento do colón a ser exteriorizado.

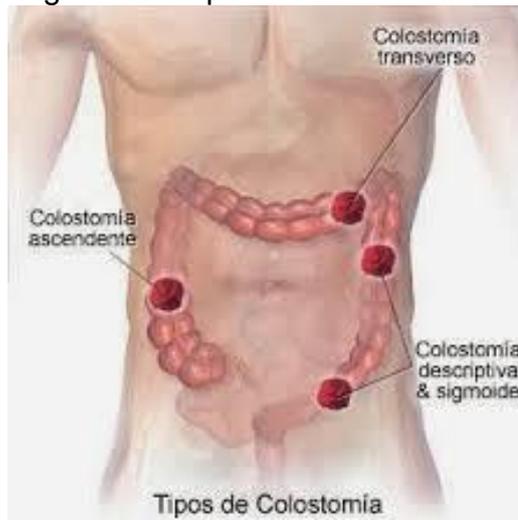
Fernandes (2008) explica que existem alguns tipos de colostomia, sendo elas: Colostomia Ascendente tem sua localização ao lado direito do abdômen e suas fezes são muito líquidas, geralmente ela é pouco usada pelo cirurgião devido esse desconforto ao paciente, mas quando é realizada ela recebe o nome de ileostomia.

Colostomia Transversa é de localização na parte superior do abdômen, no meio ou mais para o lado direito do corpo e recebe esse nome devido ser no colón transverso que é o intestino grosso a parte a ser exteriorizado, indo do ângulo hepático ao ângulo esplênico. Suas fezes são semi-sólidas, contendo algumas enzimas digestivas. Esse tipo de colostomia faz com que as fezes saiam do colón antes de chegarem ao colón descendente. Geralmente a colostomia de colón transverso é de origem temporária, quando ocorre à necessidade de realização de uma colostomia permanente é devido à parte do colón mais baixo deve ser removida ou desabilitada. Existem dois tipos de colostomias transversas, sendo colostomia transversa de alça, onde a alça inteira é trazida à pele e aberta para criação de um fim distal ou não funcional e outro proximal, ou seja, a distal serve para excreção de muco, e a proximal serve para excreção de fezes. Já a colostomia transversa de barreira dupla, é semelhante à colostomia de alça, porém o intestino é dividido em dois estomas, sendo um estoma distal e outro proximal, no qual o distal expele o muco e o proximal as fezes. (FERNANDES, 2008).

Fernandes (2008) descreve ainda Colostomia Descendente ou Sigmóide sua localização é diferente das outras, pois se localiza na parte mais baixa do lado esquerdo do abdômen, e sua evacuação geralmente é mais firme e pode ser regulada, devido não ter conteúdo de enzimas cáusticas como tem na colostomia transversa. Neste tipo de colostomia o paciente pode fazer uso de tampões ou bolsa fechada, isso se suas eliminações forem regulares. O paciente consegue regular sua eliminação com um determinado espaço de tempo, para uns pacientes essa eliminação se dá por movimento intestinal que ocorre após ingestão de uma quantidade de comida e será coletada no intestino, ou para outros, após a estimulação com sucos, café ou comida. Ou se ainda preferirem podem fazer irrigações como forma de cuidado.

Na figura 01 a seguir, podemos visualizar os diversos tipos de colostomia, citados acima.

Figura 01 –Tipos de Colostomias



Fonte: Hospital Santa Casa de Campo Mourão

Conforme ainda relata Rocha (2011), são inúmeras as indicações para confecção de um estoma intestinal podendo-se destacar por:

Obstruções intestinais:

- Neoplasias, caracterizadas por tumores no intestino sendo que os tumores de intestino delgado são os menos comuns, mas quando evidenciados sua prevalência são os de origens neoplásicas malignos como o adenocarcinoma, carcinóide, linfoma e sarcoma. (MARTINS et al., 2001).
- Megacólon congênito (doença de Hirschsprung) é uma doença de evidencia comum entre os neonatos caracterizados por obstrução intestinal e em crianças e adultos por megacólon. Essa patologia destaca-se pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico, em várias porções do intestino. (VILLAR et al., 2009).

Essa patologia ocorre em geral de defeito isolado, mas podendo-se associar a outras síndromes genéticas, sendo de origem mais comum e frequente a síndrome Down e a mais grave com neoplasias endócrinas múltiplas tipo 2A. (VILLAR et al., 2009).

- As doenças diverticular recebem este nome devido às várias proeminências em formatos de bolsas (divertículos) em qualquer parte do trato gastrointestinal, destacando-se no intestino grosso principalmente. A doença acomete quase metade da população na faixa etária entre 60 anos sem

distinção entre sexos, ocorrendo com mais frequência nos idosos devidos em seu processo de envelhecimento perder a elasticidade do intestino, sendo classificada como uma doença hipotônica, já em pacientes jovens como é mais evidenciada a doença é classificada como hipertônica, sendo relacionada a um aumento na pressão do intestino, sendo ocasionada devida má alimentação. É uma doença de controle quando se tem mudanças em hábitos alimentares como se destaca na figura 03. (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2012).

- Colite isquêmica descrita por Marston em 1966 e relatada por Santos (1998) é uma doença de condição grave com alto índice de mortalidade, sendo hoje reconhecida como moléstia de natureza vascular do trato gastrointestinal. Ocorrendo devido uma insuficiência de circulação sanguínea no colón resultando em necrose tecidual e manifestações sistêmicas

Figura 02 – Bons Hábitos Alimentares Contra a Diverticulose

Bons hábitos alimentares contra a diverticulose

Consuma mais fibras
 Porção: de 25 a 30g
 Alimentos que ajudam a regularizar o funcionamento do intestino:

- pão integral
- arroz integral
- frutas
- verduras
- feijão
- aveia e cereais

Evite alimentos ricos em gordura animal:

- carne vermelha
- manteiga
- leite integral
- queijo
- presunto
- pele de frango
- creme de leite
- linguiça
- salame

Opte por frutas, vegetais e cereais integrais ricos em carotenóides, vitamina A e C, que ajudam na prevenção
 Os carotenóides são encontrados em:

- vegetais e frutas de cor amarela ou alaranjada, como cenouras
- vegetais folhosos de cor verde escura, como espinafres e brócolis

A ingestão excessiva e prolongada de bebidas alcoólicas deve ser evitada para evitar os efeitos causados pela diverticulose

ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Fonte: Federação Brasileira de Gastroenterologia

Fonte: Federação Brasileira de Gastroenterologia (2012).

Perfurações no cólon:

- Doença inflamatória intestinal (doença de Chron, retocolite ulcerativa) é de origem desconhecida podendo acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal, é caracterizada por variadas manifestações intestinais, em sua manifestação clínica pode-se destacar febre, dor abdominal, diarreia e fadiga. Como é uma doença de origem desconhecida seu tratamento na maioria das vezes é empírico, visando à redução da inflamação. Essa doença ocorre em duas fases, destacando-se por ativa e silenciosa. Em sua forma ativa, ela causa bastantes náuseas, cólicas, e distensão abdominal, fazendo com que o paciente reduza cada vez mais sua alimentação. Sendo comum aparecimento de fístulas, diarreia e fadiga, comprometendo assim o cotidiano do paciente. Já na sua forma silenciosa, o paciente faz uso de medicamentos que evitam que a doença entre em sua forma ativa. (SARLO; BARRETO; DOMINGUES, 2008).

Traumas:

- Conforme descrevem Ribas-Filho e outros (2008) o trauma abdominal pode-se destacar devido um sofrimento ocasionado por uma ação súbita e violenta exercido contra o abdome, sendo ele caracterizado por diversos motivos causadores como agentes químicos, mecânicos, elétricos e irradiações.

Os traumas de modo geral podem ser destacados por dois tipos principais sendo eles as causas de ferimentos por arma de fogo (trauma aberto) e quedas (trauma fechado). Destacam-se nos traumas abertos os órgãos mais atingidos são o fígado e o rins, já nos traumas fechados as lesões no intestino têm sua maior predominância. (RIBAS-FILHO et al., 2008).

Fístulas:

- Souza e outros (2004) afirmam que as fístulas anorretais ocorrem devido a processos supurativos crônicos, iniciando-se pela infecção da cripta, propagando-se pelas glândulas anorretais, drenagem do abscesso e formação do trajeto, sendo na maioria dos casos o procedimento cirúrgico prevalecer.
- Conforme descreve o Hospital Sírio Libanês (2014) as fístulas podem ocorrer por diversos motivos, no caso das fístulas reto-vaginais e reto-vesicais

geralmente acontecem desde um trabalho de parto demorado ou traumático, cirurgias pélvicas, radiação pélvica, tumores pélvicos e infecções. E geralmente para correção da fistula o paciente tem que ser submetido a uma cirurgia de reparo.

Proteção de anastomoses de alto risco:

- Reis Neto e outros (2002) descrevem que apesar do uso de anastomoses mecânicas em cirurgias de colorretais baixas, colo-anais e íleo tenha contribuído para uma menor incidência de complicações no pós-operatório, ainda ocorre um alto índice de deiscência e fistula nas anastomoses devidas complicações anastomóticas, mas para sua diminuição o paciente em muitos casos necessita de uma colostomia ou ileostomia de proteção.

Inúmeras são as complicações com um estoma intestinal, as que ocorrem precocemente destacam-se por isquemia ou necrose da alça exteriorizada, sangramentos, retrações, infecções, edemas de alça, dermatite periestomal e as complicações tardias como estenose e obstrução, prolapso, hérnia para-estomal e fistulas. (ROCHA, 2011).

Portando Rocha (2011) relata que desta forma pode-se concluir que as colostomias de um modo geral são indicadas quando o paciente sofre algum tipo de trauma que comprometa parte do intestino, por neoplasias, obstruções, doenças inflamatórias, perfurações do colón, fístulas, proteção de anastomoses, enfim são inúmeras as indicações, sendo elas realizadas em adultos, crianças, homens e mulheres.

2.4 TÉCNICAS PARA CONFECÇÃO DE UMA OSTOMIA

As técnicas de Ileostomias e colostomias destacadas por Rocha (2011, p. 52) são visualizadas no anexo A, sendo a técnica mais utilizada, pois segundo o autor “o local mais adequado para se exteriorizar o intestino está localizado lateralmente à linha media da parede abdominal”.

Destacam-se por anastomoses intestinais suturas realizadas entre dois segmentos intestinais com intuito de se reconstruir o transito intestinal regular. Geralmente são indicadas e realizadas após ressecção de um segmento do tubo digestivo. Tendo-se como exemplos as enterectomias, colectomias, gastrectomias, ou por outros motivos

devido a neoplasias, isquemias intestinal por torção de alça, embolias, trombozes ou hérnias estranguladas, em traumas e doenças inflamatórias. (ROCHA, 2011).

São utilizados alguns materiais para confecção das anastomoses destacando-se por fios de suturas absorvíveis ou inabsorvíveis, com agulhas não traumáticas. Usa-se também os grampeadores circulares ou retos com grampos metálicos, indicados em anastomoses colorretais baixas na pelve, esôfago-gástricas e as entero-anastomoses devido o maior risco de deiscência e estenose ou até mesmo por dificuldade técnica na sutura manual. Técnicas que podem ser visualizadas no anexo B. (ROCHA, 2011).

2.5 O PROCESSO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Souza e outros (2005) relatam que o cuidado em Enfermagem vem de um potencial entre as pessoas, pois todos nós independente da profissão temos o dom de cuidar uns dos outros, sendo esse outro um familiar, amigo, vizinho, desconhecido dentre outros, nós temos esse dom em proporcionar ao outro um bem estar, promovendo de alguma forma uma melhor qualidade de vida, isso se dá o nome de solidarizar-se, que nos mostra um dever de cidadão em ajudar e promover saúde, independente de sexo, raça, ou religião.

O cuidado resume-se em zelo, atenção, ato de cuidar, promover bem estar ao próximo, enfim ajudar de alguma forma, como descrevem Souza e outros (2005), lembrando ainda que o cuidar tem um significado muito parecido com o cuidado, é no cuidar que nos colocamos no lugar do outro e fazemos o nosso melhor, pois ao nos depararmos no lugar do outro imaginamos o quanto gostaríamos de ser tratados, então assumimos nosso papel como cidadãos e nos prontificamos em ajudar, pois não sabemos o dia de amanhã.

Então, o cuidar em enfermagem se resume como um todo, em ser solidário e colocar-se no lugar do outro, aproximando idéias do humanismo, compartilhando com outras pessoas experiências e oportunidades, com um objetivo maior que é promover uma melhor qualidade de vida, é o agir sendo solidário na vida e no momento da morte, respeitando sempre o modo de pensar de cada um, e o modo em que cada um enfrenta suas dificuldades, convivendo com momentos de dor e alegrias. (SOUZA et al., 2005).

Para Souza e outros (2005) o cuidar em enfermagem é uma função universal, independente onde quer que esteja, será de grande valor, revelando-se uma prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, visando sempre uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Souza e outros (2005) relatam ainda que o cuidado em enfermagem visa promover e restaurar o bem estar físico, mental e social, contribuindo para a saúde ou para sua recuperação.

Portanto para Souza e outros (2005), a essência da profissão de enfermagem divide-se em duas partes distintas, sendo o cuidado de enfermagem de forma objetiva referindo-se por técnicas e procedimentos prestados ao cliente e subjetiva no qual promove o cuidar do próximo, o respeito, a confiança, a visão do outro como único, a simpatia, a comunicação, o respeito com o silêncio do outro, enfim atitudes que em conjunto fazem toda diferença no cuidar humano. (SOUZA et al., 2005).

Para Balduino; Mantovani e Lacerda (2009) o cuidado está presente na vida do ser humano desde quando nascemos. O Enfermeiro é visto como um integrante fundamental no processo do cuidado, pois ele disponibiliza uma série de conhecimentos buscando resolutividades no processo do cuidar.

Por meio de uma avaliação do paciente, o profissional enfermeiro consegue levantar dados que são de suma importância para toda equipe no propósito de promover saúde e melhor qualidade de vida ao paciente. A confiança depositada pelo paciente e seus familiares ao profissional Enfermeiro é de grande valia no processo de reabilitação do paciente, pois ao transmitir segurança o paciente se sente amparado frente a sua patologia. (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, 2009).

Conforme relatam Balduino; Mantovani e Lacerda (2009) o enfermeiro precisa ver o paciente como um todo, respeitando sempre seus valores, crenças, sentimentos e emoções, e a partir daí programar ações do cuidado que promovam uma melhor qualidade de vida.

2.6 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Horta (1979) descreve que para se entender do Processo de Enfermagem (PE) é necessário saber que ele se divide em seis fases ou etapas, nos quais uma fase vai complementando a outra.

As fase ou etapas a serem seguidas no PE são destacadas por: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. (HORTA, 1979).

Horta (1979) destaca que o histórico de enfermagem é considerado como a primeira fase de todo o processo de enfermagem, pois se entende como a coleta de dados do paciente, sendo ele de extrema importância para as demais fases a seguir. Nele deverá conter a identificação do paciente, por completo incluindo-se: nome, endereço, idade, sexo, estado civil, dentre outros, deverá conter também todo o exame físico por completo e problemas de saúde, para que se possa evoluir com sucesso nas demais etapas, tornando-se possível a identificação dos problemas relatados pelo paciente.

Já em diagnóstico de enfermagem Horta (1979) relata que após a coleta do histórico de enfermagem os dados coletados e analisados levarão ao diagnóstico de enfermagem, sendo destacado como a segunda fase do processo, pois são a partir deste momento que será identificado as necessidades do paciente de atendimento e é determinada sua dependência neste atendimento, ou seja, é neste momento que se determina o grau de assistência deste paciente junto à equipe de enfermagem.

Conforme Horta (1979) relata, o plano assistencial vai depender do diagnóstico que foi estabelecido, pois é a partir daí que irão ser pontuados todos os níveis de dependência deste paciente, sendo ele total ou não, e com o passar dos dias de sua internação na prescrição do plano assistencial poderá ser incluído, retirado ou substituído novos cuidados que este paciente venha a necessitar destacando-se então esta etapa como terceira fase.

Entende-se como quarta fase o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem todo o roteiro diário que a equipe de enfermagem deverá executar neste paciente, ou seja, são os cuidados necessários a este doente. Portanto a prescrição deverá

ser de forma clara, breve e específica, lembrando sempre que deverão ser checadas todas as prescrições após sua realização. (HORTA, 1979).

A quinta fase do processo de enfermagem tem-se destaque a evolução de enfermagem conforme Horta (1979), pois é nesta fase que o enfermeiro descreve em seu relatório de enfermagem diário ou periódico as mudanças necessárias que o paciente necessita na assistência profissional. Com isso, pode ser que ocorram mudanças no diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e no plano de cuidados deste paciente, visando sempre à melhoria da assistência e uma melhor qualidade de vida do paciente.

Horta (1979) destaca como sexta fase o prognóstico de enfermagem que é a estimativa da capacidade do paciente em conseguir realizar suas necessidades básicas a partir do plano assistencial. Portanto é nesta fase que se tem a avaliação da indicação de alta ou não, é o momento que mostra que o paciente tem total independência em voltar a sua vida normal. Lembrando-se que quando é realizado um prognóstico eficaz o paciente tem sua independência da enfermagem, e quando isso não ocorre esse paciente pode evoluir para dependência total da equipe de enfermagem.

Hermida e Araújo (2006) descrevem que o Processo de Enfermagem (PE) foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta no Brasil desde a década de 70, e só em 2002 a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) teve apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, sendo ela implementada a nível nacional nas instituições de saúde brasileiras, ou seja, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está sendo utilizada em algumas instituições de saúde podendo ser entendida como aplicação prática de enfermagem na assistência aos pacientes.

O processo de implantação e implementação da SAE é uma necessidade de todo paciente, cada instituição tem sua particularidade em rotinas e estas têm que ser adaptadas a SAE. Mas para que se obtenha sucesso no desenvolver da SAE são necessários que os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) sejam todos capacitados para desenvolver este papel. Com isso a instituição tem que ter um serviço de enfermagem voltado à filosofia, missão e objetivos. (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Conforme descrevem Hermida e Araújo (2006) são necessários que se faça um planejamento para implantar a SAE, visando como um todo a clientela, os valores, recursos humanos e a capacidade produtiva, mas para que isso aconteça as chefias também tem que estar dispostas as mudanças, sendo que a realidade nos mostra a falta de vontade entre as chefias, contribuindo para o não sucesso da implantação e implementação da SAE, diante disso a instituição tem que implantar uma proposta viabilizando os recursos necessários para sua implementação e manutenção. Então, se a implantação da SAE não estiver de acordo com a proposta da instituição visando a missão, filosofia e objetivos institucionais, o não sucesso será nítido e com o passar do tempo a SAE não existira mais naquela instituição.

Todas as informações coletadas do paciente devem ser registradas e arquivadas no prontuário do mesmo, possibilitando uma pesquisa futura ou auditoria no âmbito da enfermagem. Sendo que para que isso ocorra é necessária uma capacitação de toda equipe, visando a implantação com sucesso da SAE, pois se a equipe de enfermagem não estiver capacitada por conhecimento científico e habilidade prática a implantação da SAE não será eficaz. (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Hermida e Araújo (2006) descrevem que cada serviço de enfermagem tem suas particularidades, ou seja, cada serviço tem seus determinados pacientes a ser atendido, então não se pode padronizar em toda instituição a SAE de uma única forma, para se obter o sucesso no processo de implantação é necessário que se estabeleça ações voltadas aquele determinado serviço.

É necessária uma capacitação dentro da instituição de toda equipe de enfermagem para aplicação das etapas do PE sendo ele de entrevista, exame físico, prescrição dentre outros, visto que os enfermeiros vêm de instituições de ensino distintas e estas têm sua forma de ensinar diferente, não sendo padrão a todas as instituições. (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Portanto para Hermida e Araújo (2006) o planejamento e implantação da SAE assumem um processo distinto a cada instituição, no qual é necessário conhecer a estrutura institucional para que se obtenha sucesso ao implantar a SAE. Com isso, a proposta da SAE visa uma melhor qualidade na assistência de enfermagem prestada ao paciente.

2.7 CUIDADOS PERIOPERATÓRIO DO PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA

Galvão; Sawada e Rossi (2002) relatam que em 1889 nos Estados Unidos da América (EUA) quem trabalhasse na sala de operação independente da categoria profissional era considerado como especialista na enfermagem, mas em meados do século XX, houve a necessidade de inserção do profissional capacitado, sendo ele o enfermeiro nas salas cirúrgicas, eles eram responsáveis pela organização e preparo do ambiente cirúrgico, auxílio da equipe médica e orientador da equipe de enfermagem.

Com o passar do tempo, no final da década de 60 e início dos anos 70, surgem os primeiros estudos embasando a necessidade da assistência de enfermagem para o paciente no centro cirúrgico e a partir daí a enfermagem perioperatória inclui-se em períodos subdividido em pré-operatório, intra-operatório, e pós-operatório. (GALVÃO; SAWADA, ROSSI, 2002).

No Brasil, deu-se início a prática de enfermagem no centro cirúrgico devido à falta de funcionários capacitados a atender as necessidades médicas, principalmente em relação à organização da sala cirúrgica e equipamentos necessários. Galvão; Sawada e Rossi (2002) descrevem que o enfermeiro do centro cirúrgico tem a função de elaborar o levantamento de dados do paciente, coletar, organizar e priorizar esses dados obtidos do paciente, estabelecer diagnóstico de enfermagem, desenvolver e implementar um plano de cuidados de enfermagem a este paciente enfim, utilizar o processo de enfermagem como metodologia assistencial visando o planejamento e implementando os cuidados de enfermagem no período perioperatório. Diante disso, os dados coletados especificamente do paciente cirúrgico irão ser de grande valia para que se possa entender a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possibilitando uma melhor qualidade da assistência prestada ao paciente.

Para Grittem; Méier e Gaievicz (2006), a assistência de enfermagem perioperatória promove e recupera a integridade do paciente envolvendo sentimentos, emoções, comprometimento, ética e comunicação efetiva, promovendo assim a troca de experiências entre o enfermeiro e o paciente.

Para que se obtenha sucesso na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é necessário que se trabalhe em conjunto, tendo envolvimento dos familiares, identificando os diagnósticos e implementando um plano de cuidados durante o procedimento cirúrgico em continuidade a assistência gerada no pré operatório. (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

Conforme Grittem; Méier e Gaievicz (2006) o paciente que tem uma assistência de enfermagem pré-operatória quando chega ao momento da sua cirurgia este bem mais preparado emocionalmente e psicologicamente para o procedimento do que aquele paciente que não se obteve esse contato, pois é na consulta de enfermagem pré-operatória que ele irá esclarecer dúvidas sobre o procedimento, tempo cirúrgico, repouso pós-operatório e no caso dos pacientes para confecção de colostomia, o uso com os dispositivos, o auto cuidado, a alimentação, dentre outros.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) tem como objetivos: promover, manter e recuperar a saúde do paciente e de sua família, sendo desenvolvida pelo enfermeiro diante de seus conhecimentos técnicos e científicos. Lembrando-se que a SAEP envolve três fases de experiência cirúrgica, destacando-se por: pré-operatório mediato e imediato, intra ou trans-operatório, e pós-operatório imediato e mediato. Ou seja, Pré-operatório mediato: inicia-se na indicação cirúrgica e internação do paciente, até a véspera que anteceder a cirurgia; Pré-operatório imediato: caracterizado pelas 24 horas que antes da cirurgia até a sua admissão no centro cirúrgico; Intra ou trans-operatório: momento em que o paciente realiza sua admissão ao centro cirúrgico até a entrada na recuperação anestésica (RPA); Pós-operatório imediato: destaca-se desde a entrada do paciente a sala de recuperação anestésica (RPA) até sua alta para enfermaria ou apartamento; Pós-operatório mediato: acontece a partir do momento da recuperação do paciente na enfermaria ou apartamento até a alta hospitalar. (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

A interação da equipe de enfermagem nessas três fases descritas conforme Grittem; Méier e Gaievicz (2006) proporcionam uma melhor recuperação cirúrgica ao paciente estabelecendo-lhe uma assistência de melhor qualidade, sendo ela integral e específica em todo o perioperatório influenciando assim no sucesso de seu tratamento cirúrgico. Desse modo ao atuar em conjunto com a equipe multiprofissional, o enfermeiro tem condições de avaliar rotineiramente a qualidade

da assistência de enfermagem prestada ao paciente no perioperatório, sendo como principal meta o desempenho de atividades de enfermagem e outros profissionais.

2.7.1 Cuidado pré-operatório

No final do século XIX, o Brasil foi marcado por disputas de modelos assistenciais como médico assistencial privatista e sanitarista, sendo resultado de lutas populares ao modelo privatista vigente. Desde a época de Florence Nightingale foi-se iniciando mudanças na história do cuidar e na história do hospital. Florence tem como destaque seus conceitos como: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. (PAIM apud CARVALHO, 2009).

Para Oliveira; Andrade e Ribeiro (2009) o enfermeiro tem como papel principal de promover práticas de educação em saúde visando esclarecer e desenvolver ações, sendo ela em aspectos individuais ou em conjunto, considerando os problemas que envolvem a saúde evidenciando atitudes saudáveis ao modo de viver.

A comunicação entre o enfermeiro e o paciente é um ponto fundamental para o desenvolvimento e sucesso de seu tratamento, pois com a confiança depositada no enfermeiro o paciente consegue entender melhor seu plano de cuidados e tirar dúvidas que possam vir a surgir. (SOUZA, 2005).

Andrade e Diniz ([20--]) descrevem que o enfermeiro, desenvolve um importante e constante papel de educador junto à equipe e a comunidade, desenvolvendo estratégias que trabalhem a promoção e prevenção da saúde. Sendo assim criadas ações voltadas a atenção básica e trabalhando diretamente com as famílias conhecendo a fundo sua verdadeira história de vida.

O papel do enfermeiro como educador é de suma importância, pois ele irá trabalhar na promoção da educação em saúde, promovendo ações educativas que conscientizara a população numa melhor qualidade de vida, promovendo saúde e não só tratando as doenças como um todo. (ANDRADE; DINIZ, [20--]).

Portanto para Andrade e Diniz ([20--]) educar em saúde é uma das funções de maior importância para o enfermeiro, pois através de seu conhecimento e diálogo com os pacientes faz com que muitos mudem seu modo de vida juntamente a atividades práticas saudáveis para uma vida melhor.

É através da confiança depositada no enfermeiro que o mesmo poderá obter sucesso em sua vida profissional, sendo realizado assim um elo entre o enfermeiro e o cliente. (ANDRADE; DINIZ, [20--]).

Chistóforo citado por Jacobi e outros ([20--]) descreve que a consulta pré-operatória com o enfermeiro serve de aparato na confiança com o cliente e o profissional enfermeiro uma vez que ele irá tirar as dúvidas que o paciente e sua família tenham em função do procedimento a ser submetido.

A educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro como procedimento técnico - científico planejado, é garantido pela lei do exercício profissional no art. 8º, onde o enfermeiro participa de atividades de educação sanitária, proporcionando uma melhor qualidade de vida do cliente, família e comunidade. (COREN, 2001).

Conforme Jacobi e outros ([20--]) quando o paciente é estimulado ao tratamento e plano terapêutico ele vem para a cirurgia com mais confiança em seu tratamento e mais tranquilo, pois na consulta pré-operatória o enfermeiro ira ter tirado todas suas dúvidas de como será desde o ato da internação até o pós-operatório, proporcionando assim uma melhor reabilitação do mesmo.

Pacientes ansiosos e inseguros durante a internação até o procedimento cirúrgico é um paciente que não foi orientado no pré-operatório pelo profissional enfermeiro, visto que eles se tornam desmotivados a sua recuperação e descontrole emocional quanto ao procedimento, por isso é de suma importância esse acompanhamento no pré-operatório, pois ali é criado o vínculo com toda equipe esclarecendo duvidas, medos e proporcionando uma melhor qualidade de vida no pós-operatório. (JACOBI et al., [20--]).

Para Souza; Souza e Fenili (2005) independente de qual será a complexidade do procedimento cirúrgico que o cliente ira ser submetido, sendo ele do menor ao maior, esse cliente vem para a cirúrgica com o nível de estresse muito grande, pois em seu pré-operatório não se teve uma orientação de como será desde sua internação até a alta hospitalar, visando uma melhor qualidade de vida. Por isso é importante o acompanhamento com o enfermeiro na consulta pré-operatória, pois assim ele irá esclarecer as dúvidas que vá surgir e essa ansiedade será menor quando chegar o momento do procedimento.

A educação em saúde com troca de saberes relativos e não absolutos entre os pacientes, estabelece a base de relações educativas entre o enfermeiro e o cliente, possibilitando uma confiança junto ao profissional e diminuindo assim sua angústia, medo e insegurança quanto ao procedimento, a partir de uma assistência individualizada e diferenciada. (SILVA et al., 2013).

Conforme Silva e outros (2013) a consulta de enfermagem e acompanhamento durante todo tratamento do paciente que irá ser submetido a uma colostomia é de suma importância para sua recuperação, visto que no pré operatório o paciente irá obter informações que lhe ajudará muito durante seu tratamento, pois ele será orientado quanto ao manuseio com a bolsa coletora, quanto à higienização do estoma e bolsa, quanto a alimentação e poderá tirar dúvidas que venham a surgir durante o tratamento.

De acordo com a Teoria de Orem, a prática de enfermagem abrange uma educação permanente visando o autocuidado, promovendo saúde e manutenção da saúde, portanto o autocuidado na visão do Orem é um conjunto de ações que o paciente utiliza em benefício próprio para uma melhor qualidade de vida e bem estar. Baseado nisso a consulta de enfermagem compreende-se por avaliação, diagnósticos de enfermagem, plano, implementação e evolução. (SAMPAIO et al., 2008).

Segundo Mendonça, e outros (2007), na fase de avaliação do pré-operatório ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia, o enfermeiro deve estar atento e coletar dados do paciente referentes ao seu estado de saúde, histórico de vida, estilo de vida e autocuidado, coleta-se também dados referentes ao conhecimento, habilidades com o autocuidado.

Mas para que se obtenha sucesso no tratamento o enfermeiro deve estar atento quanto à patologia do paciente e os motivos que a levam a confecção de um estoma, sendo ele temporário ou definitivo conforme descrevem Mendonça e outros (2007) a consulta com o paciente e sua família é primordial para o tratamento, pois se pretende estabelecer um tratamento interpessoal, de confiança e respeito. O exame físico neste paciente tem que ser completo, visando uma melhor qualidade de vida no pós-operatório.

Já o diagnóstico de enfermagem será baseado nas dificuldades relatadas pelo paciente quanto ao autocuidado. Sendo elas destacadas como dificuldades no manuseio correto das bolsas coletoras, quanto ao uso de determinados tipos de roupas, alimentação indicada após a confecção da colostomia, a falta de controle em eliminações de gases pela colostomia, e a falta de controle nas eliminações fisiológicas. (MENDONÇA et al., 2007).

Mendonça e outros (2007) descrevem ainda que na consulta pré-operatória de ostomias intestinais, o enfermeiro deverá estar atento quanto as orientações do autocuidado, as dúvidas que venham a surgir pelo paciente e sua família, orientar para que serve a ostomia designada a este paciente, como se promove o cuidado com o estoma, orientar como será a vida cotidiana e social deste paciente. O enfermeiro poderá usar fotos de estomas intestinais com ou sem o uso de bolsa coletora, a fim de esclarecer dúvidas do paciente e sua família, referente ao manuseio com o estoma e bolsa coletora, evitando-se surpresas no pós-operatório imediato.

Esse plano de cuidados engloba também não só orientações sobre o manuseio com o estoma e bolsa coletora, mas referente a dieta que o paciente irá fazer no pré operatório e no pós operatório, visto que o paciente devera evitar determinados tipos de alimentos. A implementação do plano de cuidados tem por objetivo promover e satisfazer as necessidades do autocuidado com o estoma e diminuir a dificuldade com o manuseio dos dispositivos (bolsa coletora) e estoma. É nesta fase que é demarcado o local do estoma no paciente. (MENDONÇA et al., 2007).

Mendonça e outros (2007) relatam que um estoma bem demarcado e localizado na parede abdominal evita-se uma serie de complicações futuras, facilitando o manuseio com a bolsa coletora, higiene do estoma e garantindo assim uma possibilidade de reintegração social precoce. Essa demarcação deve ser feita se possível com a presença do cirurgião, a fim de permitir um planejamento da incisão e proposta do estoma.

A demarcação correta de um estoma procede em delimitar a região ideal a ser confeccionada o estoma sendo utilizada uma caneta especial em que quando se realiza a degermação do abdome do paciente essa demarcação não irá desaparecer, e com isso a demarcação terá o objetivo de favorecer a confecção da abertura correta anatomicamente, permitindo assim a adaptação de bolsas coletoras

proporcionando um conforto e segurança para o paciente. (HOSPITAL AC CAMARGO, [20--]).

Meirelles e Ferraz (2001) descrevem que é de função do Estomaterapeuta a demarcação correta do estoma na parede abdominal com caneta especial, favorecendo sua confecção no ato cirúrgico, permitindo assim a melhor fixação da bolsa coletora, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente.

A técnica utilizada para demarcação vem por etapas, o paciente precisara ficar sentado e em pé para sua demarcação, o estomaterapeuta irá observar o tipo de abdome desse paciente e suas regiões de dobras, com intuito de proporcionar o mínimo desconforto ao cliente.

Figura 03- Demarcação Inicial Sentada



Fonte: Hospital AC Camargo

Figura 04- Demarcação Final Sentada



Fonte: Hospital AC Camargo

A confecção de um segundo estoma também poderá acontecer com o paciente, e com isso a demarcação desse estoma é de extrema importância visto que o mesmo não poderá ficar tão próximo do primeiro estoma, pois assim ira dificultar a fixação da bolsa coletora e o conforto do paciente. A demarcação é um procedimento fundamental no pré-operatório, pois um estoma bem demarcado evita-se complicações futuras, proporcionando assim uma melhor reabilitação a este paciente. (MEIRELLES; FERRAZ, 2001).

Figura 05 e 06 – Demarcações de um segundo estoma



Fonte: Hospital AC Camargo

Fonte: Hospital AC Camargo

A finalidade da demarcação do estoma é a mesma para todos os pacientes, proporcionar uma melhor qualidade de vida e diminuir o desconforto do paciente quanto ao uso da bolsa coletora. Por isso a demarcação acontece com o paciente em posições variadas, para evitar a má fixação da bolsa coletora. O estoma bem demarcado evita-se hérnia periestomal. A demarcação do estoma em pacientes com abdome plano como mostra a foto, também é de extrema importância, pois a fixação da bolsa coletora tem que ser eficaz e não atrapalhar o uso de vestuários do paciente. (MEIRELLES e FERRAZ 2001).

Figura 07 – Demarcação com o paciente em pé, e com abdome plano.



Fonte: Hospital AC Camargo

Conforme descrevem Meirelles e Ferraz (2001) o exame físico específico deste paciente tem que ser realizado com intuito de se verificar a inserção correta deste estoma no abdome lembrando-se de sua relação ao músculo abdominal, avaliando-se a distância de pontos críticos e complicações presentes, sendo toda avaliação descrita no prontuário do paciente. Como demonstra a foto este paciente tem um abdome globoso, e se a demarcação do estoma não for correta e eficaz, ele poderá vir a ter no pós-operatório diversas complicações, principalmente a não fixação da bolsa coletora e dificuldades com o vestuário, favorecendo assim uma baixa auto-estima do paciente, dificultando sua reabilitação.

Figura 08 – Demarcação em abdome globoso.



Fonte: Hospital AC Camargo

A demarcação do estoma em pacientes obesos tem que ser correta, pois conforme demonstra a foto a seguir, um estoma mal demarcado não seria possível a aderência da bolsa coletora e este paciente irá ter diversas complicações, sendo a principal neste caso a dermatite, devido a não fixação da bolsa coletora e extravasamento de fezes na parede abdominal, proporcionando ao paciente uma dificuldade em sua reabilitação, visto que a meta principal da assistência ao paciente ostomizado é a melhor qualidade de vida após o estoma e sua reabilitação. (YAMADA et al., 1999).

Figura 09 – Demarcação em dobras cutâneas.

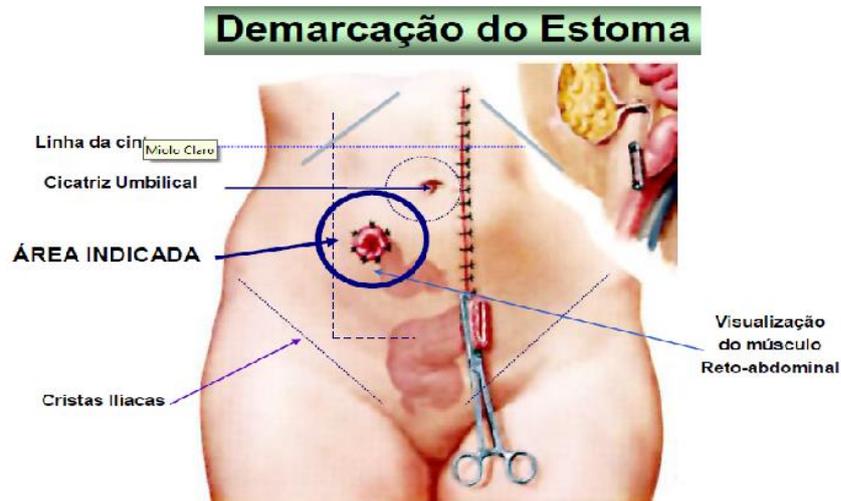


Fonte: Hospital AC Camargo

Mendonça e outros (2007) também relatam métodos para marcar o local da inserção do estoma:

- Verificar o tipo de estoma a ser realizado: este fator possibilita saber o segmento do intestino a ser exteriorizado para determinar o quadrante abdominal onde será localizado o estoma;
- Localizar o músculo reto abdominal;
- Escolher o local do estoma conforme os seguintes requisitos: abaixo da margem costal; planejar o local da incisão; distanciar quando possível de antigas cicatrizes, pregas cutâneas, linha de cintura, crista ilíaca e cicatriz umbilical (Figura 10);
- Marcar claramente o local com uma caneta dermatográfica;
- Quando em dúvida – marcar duas demarcações;
- Solicitar ao paciente que se sente, levante e deite para observar o local demarcado nas diferentes posições;
- Verificar a margem de fixação dos dispositivos que deve ter uma área de 4 cm a 5 cm em relação ao local demarcado;
- Quando necessários dois estomas (urostomia e colostomia, ou ileostomia), estes não devem estar localizados no mesmo nível, devido ao possível uso da cinta;
- Atentar para atividades no trabalho, lazer e prática de esportes;
- Na ileostomia em alça ou terminal, o estoma deve ser localizado no quadrante inferior direito;
- Na colostomia de cólon descendente ou sigmóide, o estoma deve ser localizado no quadrante inferior esquerdo. (MENDONÇA, 2007, p. 434).

Figura 10- Demarcação do Estoma



Fonte: Hospital AC Camargo

A evolução do paciente será avaliada no decorrer do tratamento, apresentando respostas que apresentem eficácia das ações e práticas de enfermagem, possibilitando uma melhor qualidade de vida.

Conclui-se então, que a visita pré-operatória de enfermagem contribui de forma significativa para que o enfermeiro do centro cirúrgico possa dispor de dados do paciente que irá submeter-se a cirurgia, garantindo assim uma melhor assistência e um melhor pós-operatório. (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

2.7.2 Cuidado intra-operatório

Fonseca e Peniche (2009) descrevem que em 1985 foi sugerido um modelo assistencial chamado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) tendo por objetivo promover a assistência integral, individualizada, documentada com intuito de prestar a continuidade do cuidado sendo de forma conjunta com a assistência de enfermagem e a família, possibilitando uma avaliação da assistência prestada.

O enfermeiro do centro cirúrgico desenvolve várias ações, desde o recebimento do paciente e preenchimento da SAEP até a alta da sala de recuperação anestésica (REC) para o quarto ou enfermaria. É papel do enfermeiro do centro cirúrgico organizar o mapa cirúrgico, confirmar se o paciente irá precisar de sangue no intra-

operatório, se este paciente precisara de vaga de UTI no pós-operatório, se os exames desse paciente estão disponibilizados no prontuário, se tem material específico para a cirurgia (grampeadores cirúrgicos, mono ou duplo lúmen, cateteres dentre outros), se nas salas operatórias tem disponibilizado para cada paciente uma manta térmica, materiais cirúrgicos devidamente esterilizados etc. (FONSECA; PENICHE, 2009).

Segundo Fonseca e Peniche (2009) o período intra-operatório exige do enfermeiro uma tomada de ações específica em função do paciente vindo desde a monitorização correta do paciente anestesiado, o posicionamento adequado do paciente na mesa operatória, a provisão de materiais e equipamentos de sala. Para isso, a equipe de enfermagem também irá trabalhar em função de melhor qualidade de vida desde cliente. No momento em que o paciente é posicionado na maca cirúrgica é de importância da equipe de enfermagem juntamente com a equipe médica proporcionar o conforto e a segurança desde cliente, para isso o enfermeiro irá verificar se a maca operatória é de superfície macia, pois os dispositivos de superfície rígida e os campos operatórios que geralmente são usados para conforto do paciente não poderão comprometer a integridade da pele do paciente, visto que o mesmo irá permanecer na mesma posição durante certo período de tempo. Com isso, o enfermeiro deverá acompanhar este posicionamento do paciente junto à mesa cirúrgica com intuito de promover uma ação preventiva.

2.7.3 Cuidado pós-operatório

Reveles e Takahashi (2007) descrevem que o processo ensino aprendizagem vem desde o pré-operatório, ao pós-operatório estendendo-se no dia a dia do paciente.

Stracieri (2008) acredita que para uma boa tolerância cirúrgica o paciente precisa estar bem psicologicamente, bem nutrido, balanços hidreletrolíticos e ácidos básicos normais. Com isso, as ordens médicas no pós-operatório seguem de forma padrão para os procedimentos, verificando-se sempre o nível de consciência deste paciente, as condições de hidratação e balanço hídrico, as condições de ventilação e oxigenação, as condições hemodinâmicas, observa-se também o funcionamento de drenos, cateteres, sondas e incisão cirúrgica, recomendando-se que o paciente deambule o mais breve possível, sendo que caso o paciente não consiga ter uma

deambulação precoce, é preconizado à mudança de decúbito a cada duas horas em função de prevenção de acúmulo de secreções e atelectasias e o aparecimento de lesões de pele, principalmente em região de proeminência óssea.

É válido lembrar sempre que nas primeiras 48 horas de pós-operatório pode-se notar uma elevação de temperatura até 38°C neste paciente, devido à elevação do metabolismo e o trauma cirúrgico. (STRACIERI, 2008).

Para Stracieri (2008) uma boa evolução pós-operatória é aquela conduzida sem intercorrências, lembrando que existem três problemas que precisam ser equilibrados destacando-se por: combate ao jejum prolongado, tendo-se uma reposição hidroeletrólítica e calórica, o combate a dor, sendo mais um analgésico que um narcótico, sendo capaz de aumentar à incidência de complicações graves, e o combate a infecção com o uso de antibioticoterapia.

Nascimento e outros (2006) descrevem que para se ter um pós-operatório de sucesso é necessário a união entre as equipes, sendo ela desde o cirurgião, o anestesista, a equipe de enfermagem, nutricionistas e fisioterapeutas quando necessário. Pois o paciente que irá submeter-se a um procedimento cirúrgico, necessita de um acompanhamento nutricional no qual irá ser passado todos os tipos de alimentos que poderão ser consumidos no pré-operatório destacando-se para o horário do jejum antes da cirurgia, e acima de tudo o tipo de alimentação que esse mesmo paciente poderá receber após o procedimento cirúrgico, visando sua reabilitação o quanto antes.

O cirurgião entra como papel de extrema importância também no pré-operatório desse doente, pois no momento de sua consulta, o mesmo irá esclarecer o que será feito na cirurgia e como esse paciente irá agir após o procedimento realizado, conforme descrevem Nascimento e outros (2006), e a anestesista também é de suma importância, pois além de dar um suporte anestésico no qual irá garantir a realização do procedimento o mesmo irá infundir a quantidade de líquidos necessários que este paciente venha a precisar.

De um modo geral Nascimento e outros (2006) relatam ainda que as cirurgias do aparelho digestivo continuam sendo de grande desafio para os cirurgiões, pois devido os grandes índices de complicações a recuperação pós-operatória deste paciente pode estar comprometida.

O presente artigo descreve também conforme Nascimento e outros (2006) que baseados em evidências relatadas por trabalhos o preparo do cólon para cirurgias colorretais não tem sido mais utilizadas, devido não haver mais complicações como fistulas pós-operatórias, pelo contrário os estudos evidenciam que os pacientes submetidos a preparo pré-operatório do cólon está associado ao índice de deiscência e fistulas pós-operatória.

O paciente submetido a uma colostomia, o seu pós-operatório está relacionado ao autocuidado com o estoma, pele ao redor do estoma, como é feita a troca da bolsa coletora, a realização da higiene do estoma, como se alimentar corretamente e evitar-se os gases. Com isso essa aprendizagem continua no ambiente familiar, existindo também grupos de apoio que visam uma melhor qualidade de vida ao paciente e sua família, encontrando maneiras de se conviver com o estoma. (REVELES; TAKAHASHI, 2007).

Para Moraes, Sousa e Carmo (2012) o estoma saudável é aquele que se apresenta de cor rosa ou vermelho vivo úmido, de formas nem sempre regulares. A bolsa coletora deverá ser fixada de maneira que facilite sua limpeza e esvaziamento, e sua troca só deverá ocorrer quando houver risco de extravasamento, ou a mesma começar a se desprender da pele. Evita-se a troca diária, pois o fato de se fixar a bolsa e retirar-la em pouco espaço de tempo, faz com que a pele antes integra tenha dermatites e depois fique difícil sua fixação novamente.

A evolução e o sucesso pós-operatório irá depender muito da orientação recebida pelo paciente nas consultas pré-operatórias, pois é nelas que o paciente saberá como lidar com sua nova condição de vida e como irá realizar o autocuidado com o estoma, lembrando-se que quando este paciente é mal orientado, poderão surgir complicações com seu estoma devido à falta de orientação. (MORAES; SOUSA; CARMO, 2007).

2.8 COMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA

As complicações operatórias podem ser divididas em três fases, sendo estas: imediatas, mediatas e tardias. Destacam-se por complicações imediatas as que surgem nas primeiras 24 horas após a cirurgia, as mediatas ocorrem até o 7º dia e

as tardias são as que acontecem após a retirada dos pontos e da alta hospitalar. (STRACIERI, 2008).

Conforme Stracieri (2008) relata as complicações dos sistemas respiratórios, cardiovascular, urinário, digestório e hepatobiliar, podem ocorrer devido uma descompensação no período pós-operatório dos sistemas orgânicos.

Santos e outros (2007) descrevem que a maioria das complicações pós-operatórias relacionadas ao estoma pode ser evitada diante de um planejamento do local específico do estoma no abdome e a técnica cirúrgica realizada principalmente nos casos de colostomias definitivas, tendo assim uma maior atenção quando a sua fixação, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Das principais complicações com os estomas, podemos destacar principalmente a não aderência da placa de ostomia devido à má localização do estoma na parede abdominal, a dermatite periestomal que surge em decorrência da não aderência da bolsa coletora, pode ocorrer também necrose isquêmica, retração, prolapso, estenose, fistula periestomal, hérnia periestomal, abscesso periestomal e câncer. As figuras de 01 a 09 demonstram as complicações que geralmente ocorrem nas colostomias devido uma incorreta demarcação. (SANTOS et al., 2007).

O prolapso é classificado como uma complicação pós-operatória conforme descrevem Meirelles e Ferraz (2001) sendo denominado de pequeno a grande grau, no qual os primeiros prolapso são pequenos evoluindo discretamente com o passar do tempo sem precisar de intervenção cirúrgica, já o prolapso de grande grau é recebe esta classificação devido sua exteriorização ser em torno de 5 até 15 cm na parede abdominal, precisando neste caso de intervenção cirúrgica para correção do mesmo. Geralmente a ocorrência do prolapso acontece nos estomas de alça intestinal, com presença de hérnia para-colostômicas. O estomaterapeuta ao se deparar com este tipo de paciente, deverá observar o aspecto e cor da mucosa prolapsada, observando sinais de isquemia ou não. Quando esse prolapso apresenta-se no início o estomaterapeuta deverá tentar sua redução manual, caso não obtenha sucesso nesta redução, o paciente precisara de intervenção cirúrgica para correção do prolapso.

Figura 11 – Prolapso



Fonte: Hospital AC Camargo

Salles e outros (2006) afirmam que o aparecimento do processo inflamatório crônico na mucosa intestinal geralmente é encontrado em pacientes portadores de doença inflamatória como retocolite, sendo uma complicação pós-operatória. Mas destacam também como que a recorrência de uma lesão na colostomia pode-se acontecer em decorrência de aparecimento de um novo tumor, sendo em consequência de uma ressecção incompleta, podendo-se ter um período de latência entre 20 a 25 anos após a realização da cirurgia para o aparecimento da neoplasia no sitio da colostomia.

Figura 12 – Lesões na mucosa



Fonte: Hospital AC Camargo

Conforme pode ser visto na foto abaixo, o paciente foi submetido a uma colostomia na qual não foi feita a demarcação correta do estoma, proporcionando ao paciente

as complicações provenientes de uma má confecção, neste caso o estoma foi feito na dobra da região inguinal, dificultando a aderência da bolsa coletora e fazendo com que ocorra extravasamento de fezes na parede abdominal, causando-se dermatites periestomal. (MEIRELLES; FERRAZ, 2006).

Figura 13 – Dobra da região inguinal, dificultando a fixação da bolsa coletora.



Fonte: Hospital AC Camargo

Conforme Meirelles e Ferraz (2006) o método de demarcação de um estoma deve-se obedecer a alguns pontos críticos na parede abdominal, sendo estes de uma distância mínima de 5 cm da linha da cintura, crista ilíaca, rebordo costal, região umbilical e cicatriz cirúrgica, afim de se evitar complicações cirúrgicas.

Na foto abaixo é nítido o não acompanhamento deste paciente na consulta de enfermagem no período pré-operatório, pois não foi feito um planejamento junto a equipe de cirurgia com o enfermeiro ou estomaterapeuta especificando a necessidade de confecção de dois estomas, neste paciente. Com isso, a não aderência da bolsa coletora por estar bem próxima do outro estoma, fez com que ocorresse o extravasamento de fezes na parede abdominal, causando como complicação uma dermatite grosseira, dificultando a reabilitação deste paciente e comprometendo sua qualidade de vida. (MEIRELLES; FERRAZ, 2006).

Figura 14 – Duas estomias próximas, dificultando assim a fixação da bolsa coletora.



Fonte: Hospital AC Camargo

Meirelles e Ferraz (2006) descrevem que na confecção do estoma deste paciente abaixo se pode observar que não houve a demarcação correta, pois apesar de não conter dermatites, este paciente tem dificuldades quanto ao vestuário, sentar-se à mesa, adaptação da bolsa e higienização, visto que o estoma está muito alta.

Figura 15 – Estoma mal localizado, dificultando a utilização de vestuário, sentar-se à mesa, adaptação da bolsa e higienização.



Fonte: Hospital AC Camargo

Oliveira, Rodrigues e Silva (2007) descrevem que o surgimento da necrose da colostomia acontece devido à falta de suprimento sanguíneo na alça exteriorizada,

sendo por diversos motivos dentre eles destacando-se a ligadura inadvertida das artérias que irrigam a alça, a exteriorização da alça com tensão prejudicando a irrigação sanguínea juntamente com a abertura do estoma muito estreito na parede abdominal, causado assim a constrição do cotocólico.

Figura 16 – Estoma com necrose total, devido à isquemia.



Fonte: Hospital AC Camargo

A confecção de um segundo estoma também tem que ter sua demarcação correta a fim de se evitar complicações no pós-operatório. Conforme podemos visualizar na figura abaixo essa demarcação não foi feita, e a confecção do segundo estoma ficou na incisão cirúrgica proporcionando infecções no sitio operatório e dificultando a cicatrização dos pontos, aderência da bolsa coletora e dificultando também o vestuário. (MEIRELLES; FERRAZ, 2006).

Figura 17 – Estoma localizado na incisão cirúrgica, proporcionando infecções.



Fonte: Hospital AC Camargo

Para Oliveira, Rodrigues e Silva (2007) um estoma bem demarcado evita-se diversas complicações futuras no pós-operatório, e proporciona uma melhor condição de vida ao paciente. Nele a cicatrização da incisão cirúrgica irá evoluir com eficácia, e não irá ocorrer dermatites na pele e a aderência da bolsa coletora será eficaz. Com isto o paciente terá uma reabilitação mais rápida e satisfatória, visto que a principal meta da equipe de enfermagem ou estomaterapeuta é trabalhar em função da reabilitação e melhor qualidade de vida deste paciente.

Portanto, com a confecção de um estoma acontecerá uma série de mudanças na vida deste paciente, desde a necessidade do autocuidado, a mudança alimentar, as alterações da imagem corporal, atividades sociais e sexuais. O processo de reabilitação desenvolvido pelo enfermeiro ou estomaterapeuta tem como principal objetivo a continuidade do autocuidado com o estoma após sua alta hospitalar, visando sempre uma melhor qualidade de vida do paciente. (OLIVEIRA; RODRIGUES; SILVA, 2007).

Figura 18 – Estoma bem localizado, favorecendo uma melhor qualidade de vida ao ostomizado.



Fonte: Hospital AC Camargo

2.9 ASPECTOS EMOCIONAIS DO PACIENTE OSTOMIZADO

A imagem corporal do paciente cria um impacto muito grande, devido às alterações sofridas no corpo, além da sensação de perda que acomete todo o seu emocional. (SONOBE; BARRICHELLO; ZAGO, 2002).

Segundo Silva e Shimizu (2006, p. 487), no pós-operatório muitos tendem a preferir a própria morte a fazer a ostomia, vivem em estágios emocionais de negação, ira, barganha, depressão e aceitação.

Os autores ainda relatam:

A ostomia e o equipamento coletor imprimem mudança concreta na vida das pessoas estomizadas, mudança essa que requer tempo para sua aceitação e o aprendizado do autocuidado. A pessoa passa ter de cuidar diariamente da estomia e dos acessórios. Essa tarefa não é fácil, elas ficam expostas ao contato com a deformação física causada pela cirurgia e, também, com a necessidade de manipular diretamente as suas próprias fezes, o que as levam à vivência de sentimento de baixa auto – estima. (SILVA; SHIMIZU, 2006, P. 487).

Ressalta-se ainda que além desses pacientes terem que conviver com determinadas limitações atribuídas pela estomia, os mesmos necessitam enfrentar algumas complicações que possam surgir após a confecção do estoma destacando-se pelas hérnias e prolapsos de alça intestinal, que demandam de cuidados especiais. (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Segundo Cesaretti; Santos e Vianna (2010), foi desenvolvido um estudo de casos com 114 pacientes, destacando-se alguns alimentos restringidos a pessoas ostomizadas, sendo as verduras cruas ou cozidas, carnes de porco, leite puro, ovos, peixes, feijão, frituras, açúcar e bebidas gasosas, entre outros. Devido a odores e gases que os mesmos relatam eliminar.

Então o colostomizado necessita rever o seu momento de luto, de perdas, para encontrar forças para aceitar e trabalhar as suas perspectivas. (SONOBE; BARRICHELLO; ZAGO, 2002).

Almeida e outros (2010) descrevem em seu artigo que em estudo feito com alguns pacientes diagnosticados por câncer, sentem-se como se a vida não tivesse mais sentido, os mesmo relatam ainda que tinham até medo de pronunciar a palavra câncer e hoje se veem acometidos pela doença, e tem a sensação de esperar a morte chegar. Os pacientes entram num processo de depressão logo após a descoberta da patologia e quando recebem a notícia da confecção da colostomia, os mesmos se sentem ainda mais desmotivados no tratamento, o medo é muito grande em função de sua nova condição de vida e a insegurança de metástases futuras. Portanto é muito importante que esse paciente receba um apoio psicológico durante

seu tratamento, para que o mesmo possa enfrentar as limitações que irão surgir durante todo o processo de reabilitação.

Segundo Cascais; Martini e Almeida (2007) a assistência de enfermagem destes pacientes é de extrema importância, pois os mesmos além de receberem a notícia de estarem com câncer, eles ainda terão que lidar com as diversas transformações vindas de seu tratamento, sendo a ostomia uma delas. E a partir daí este paciente tende a entrar em depressão, devido descobrir sua patologia e a confecção de uma colostomia.

Os autores relatam ainda:

Tais sentimentos resultam das transformações/perdas percebidas pela pessoa decorrentes da existência do estoma. Vão desde a perda de um órgão altamente valorizado e a consequente privação de controle fecal e de eliminação de gases; perda de autoestima e autoconceito resultante da alteração da sua imagem corporal; perda do seu status social devido ao isolamento inicial imposto pela própria pessoa ostomizada; sentimento de inutilidade, pois num primeiro momento acha que terá perdido sua capacidade produtiva; sentimentos exteriorizados pela pessoa como depressão, desgosto, ódio, repulsa e inaceitação podem levar a alterações da dinâmica familiar.

Ocorrem ainda, alterações na vida sexual da pessoa, resultado da diminuição ou perda do libido e por vezes impotência, relacionadas com a alteração da imagem do corpo e a consequente diminuição da auto-estima da pessoa ostomizada, bem como de preocupações relacionadas com a eliminação de odores e fezes durante a relação sexual. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p. 165).

O apoio de toda a família à pessoa ostomizada é primordial, sendo decisiva para a aceitação da colostomia e logo para seu processo de reabilitação e adaptação.

2.10 ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA

A Estomaterapia foi criada na década de 1950, onde naquela época os acontecimentos eram voltados somente à cirurgia e viu-se a necessidade de cuidados pós-operatórios voltados aos estomas confeccionados nas cirurgias com isso, Rupert Turnbull constatando a necessidade de um cuidado voltado ao estoma, convidou sua paciente Norma Gill para ajudá-lo na Cleveland Clinic Foundation e com sua aceitação Norma Gill, passou a ser conhecida como Estomaterapeuta, a partir desta data nascia então a Estomaterapia. Em meados de 1960, Cleveland tornou-se um centro de treinamento, sendo realizado o primeiro curso oficial no mundo de estomaterapeutas. (LINHARES, 2013).

Linhares (2013) cita que após a criação do centro de treinamento, surge em outros países como EUA, Canadá, Inglaterra e França o interesse pela estomaterapia, sendo então criado um órgão representativo de nível internacional denominado como World Council of Enterostomal Therapists: an association of nurses (WCET) ficando estabelecido em 1980 que a estomaterapia é uma especialidade da enfermagem na qual o especialista é conhecido como estomaterapeuta.

Conforme o COFEN citado por Linhares (2013) a partir de 1980 no Brasil passa também ser reconhecida como especialidade exclusiva de enfermagem a estomaterapia, pela Resolução do COFEN 290, no ano de 2004 sendo remetida a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), vinculada à Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE), de acordo com a Lei do Exercício da Enfermagem 7.498/86.

Linhares (2013) descreve que de acordo com a Portaria SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000, o secretário de atenção à saúde instituiu no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no parágrafo 3º que fica entendido que só é considerado por Enfermeiro Estomaterapeuta o enfermeiro com especialização (pós-graduação lato sensu), sendo os cursos reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) ou pelo World Council of Enterostomal Therapists (WCET). Sendo estes enfermeiros competentes a prestarem assistência a pessoas portadoras de estomas, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas ou crônicas, incontinências anais ou urinaria, sendo com intuito de prevenção, terapêutica e reabilitação visando uma melhor qualidade de vida a pessoa.

Quando é falado de Estomaterapia em Oncologia considera-se que o surgimento de feridas em pacientes oncológicos ou uma má manutenção e manejo com os estomas, fístulas ou outras complicações fazem com que se prolongue o tratamento deste paciente. (LINHARES, 2013).

Segundo Dealy citado por Linhares (2013) a enfermagem tem o papel de desempenhar diversas atividades, dentro delas os cuidados especializados na estomaterapia, sendo estas ações direcionadas aos cuidados com a pele, fístulas e estomias, englobando-se nas estomias toda definição do plano terapêutico ao paciente, visando sua reabilitação com intuito de autonomia no autocuidado e adaptação com o estoma, sendo então selecionados juntamente com o paciente a utilização e manuseio de coletores e acessórios, orientando também quanto a sua

aquisição em distribuidores da rede pública de saúde e ensinando o método de controle intestinal, autoirrigação e sistema oclusor.

Conforme Silva citado por Linhares (2013) existe diversos tipos de coberturas para feridas, todas com intuito de promover a regeneração da pele destacando-se por pomadas, gel, óleos, loções dentre outras, sendo estas feridas classificadas como de efeito primário ou secundário, dependendo do momento em que for indicada sua aplicação. Estas coberturas também desempenham mecanismos de ação conforme indicação da lesão, sendo elas epitelizantes, granulativa, desbridante e antisséptico.

Linhares (2013) relata também que o enfermeiro ao prestar a assistência de enfermagem ao ostomizado, com ou sem complicações em seu estoma, dispõe de inúmeros dispositivos nos quais serão de grande valia ao paciente, sendo eles destacados por: equipamentos coletores como bolsas de uma ou duas peças, do tipo convexa ou linear, transparente ou opaca, aberta ou fechada, sendo elas de diversos tamanhos. É importante lembrar também de acessórios que possibilitam a correção de complicações, destacando-se as retrações, dermatites, desnivelamento periestomal e mucosas planas, permitindo com que a fixação da bolsa coletora seja eficaz. Sendo utilizados alguns materiais que ajudam na fixação da bolsa coletora, como pó ou pasta em resina, placas protetoras de pele, cremes, spray protetores cutâneos, strip paste, cintos abdominais para colostomia ou urostomia e desodorizadores.

Conforme Linhares e outros citado por Linhares (2013) com os avanços tecnológicos para o manuseio das estomias e tratamento de feridas foi desencadeado uma revolução na aquisição de competências teóricas e práticas aos profissionais de enfermagem, visando o desenvolvimento de uma avaliação crítica e mais apurada, em conjunto com características clínicas, sociais, psicológicas e econômicas.

Nas ações de Estomaterapia em pacientes oncológicos o enfermeiro é visto como o principal responsável pelo cuidado prestado a pessoa fragilizada, sendo por dores, odores ou secreções, tendo sua autoestima afetada devido à ferida, portanto os aspectos técnicos éticos e legais são apresentados ao enfermeiro como cuidador de extrema importância. (LINHARES, 2013).

Linhares (2013) descreve ainda que o enfermeiro ao se deparar com o paciente que necessita desses tipos de cuidados, precisa de um conhecimento avançado,

planejando ações que propicie o bem estar e uma melhor qualidade de vida a este paciente. Com isso o enfermeiro devera organizar uma assistência de enfermagem focando na reabilitação do paciente, tendo alguns pontos fundamentais para que sejam alcançados sendo estes a limpeza da ferida, remoção de tecido morto, controle do exsudato e do odor, prevenção de infecções, isolamento térmico e cuidados com a pele.

Descreve-se como principal objetivo as ações de enfermagem voltadas ao paciente com feridas o reparo tecidual conforme relata Linhares (2013), sendo esse reparo de função fisiológica, diminuindo o tempo da lesão até sua regeneração. Com isso a avaliação deste paciente portador de ferida deverá ser realizada de forma sistemática visando o processo reparador e suas variações orgânicas vindas da doença de base, aspectos psicológicos, espirituais, educacionais e sexuais do paciente.

Segundo Linhares (2013) em geral todos pacientes que são submetidos a cirurgias com confecção de um estoma, tende a ter sua imagem corporal modificada devido à mutilação e incluindo o estoma juntamente com seu dispositivo coletor e possíveis complicações que possam vir a surgir, este paciente desenvolve transtornos que dificultarão sua reabilitação.

Portanto, para se obter sucesso em sua reabilitação o paciente deverá ter um tempo considerável para se acostumar e aceitar sua nova condição de vida adaptando-se a ela. (LINHARES, 2013).

É função de o enfermeiro estomaterapeuta realizar a coleta de dados do paciente e realizar o exame físico, entrevista com o paciente e a demarcação do estoma no pré-operatório. Utilizam-se também nesta fase a apresentação dos coletores e outros dispositivos que poderão ser utilizados no pós-operatório. Lembrando que é necessário e de suma importância o teste de sensibilidade cutânea do coletor e o esclarecimento de dúvidas quanto ao manuseio com os dispositivos coletores e a cirurgia a ser realizada. (ROTHROCK apud LINHARES, 2013).

Linhares (2013) descreve que todo paciente submetido a um estoma deverá ser notificado dos seus direitos de estomizado, inclusive de como será feita sua aquisição gratuita aos equipamentos que deverá utilizar. É de extrema importância esta informação prestada ao paciente, pois o mesmo logo gera uma ansiedade de

como irá fazer para adquirir as bolsas coletoras e outros dispositivos sendo eles de custo elevado no mercado e de pouca disponibilidade de acesso ao mesmo.

Segundo Santos e Cesaretti citado por Linhares (2013), o enfermeiro estomaterapeuta acompanha o paciente desde a fase pré-operatória com as demarcações até o pós-operatório imediato tardio, com o objetivo de visualizar o período de morbidade do estoma, desde o funcionamento do estoma, a integridade da pele periestomal e os cuidados com a ferida operatória. Quando o paciente recebe alta hospitalar ele deverá não ter mais dúvidas quanto às necessidades do autocuidado e a manipulação com o estoma, sendo orientado quando ao aparecimento de sinais e sintomas que podem vir acontecer. Com isso, o processo de ensino-aprendizagem garante uma autonomia ao estomizado. O enfermeiro estomaterapeuta deverá instruir a este paciente que o mesmo deverá continuar com um acompanhamento ambulatorial para monitorização do autocuidado, esclarecimento de dúvidas que possam vir a surgir com o passar dos dias e complicações e suporte emocional. Assim o estomaterapeuta poderá desenvolver ações de tratamentos voltadas para uma melhor qualidade de vida deste paciente.

A estomaterapia tem como objetivo principal a reabilitação do ostomizado em conjunto com uma equipe multidisciplinar desenvolvendo potencialidades físicas, mentais, sociais e vocacionais com intuito de preservar a capacidade de viver feliz mesmo com o estoma. (LINHARES, 2013).

2.11 QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COLOSTOMIZADAS COM OU SEM O USO DE MÉTODOS DE CONTROLE INTESTINAL

É função de o enfermeiro estomaterapeuta trabalhar com o paciente estomizado o método de controle intestinal sendo ele a autoirrigação e o uso do sistema ocluser. Para realização da autoirrigação é necessário que o paciente seja treinado a utilizar um equipamento próprio de baixo custo denominado de enema de via estomal, que deverá ser utilizado a cada 24, 48 e 72 horas, com intuito de estabelecer um hábito intestinal regular em colostomizados, reduzindo assim gases e odores, e com isso a frequência de utilização de bolsas coletoras. Define-se então de autoirrigação como forma de evacuação programada. (LINHARES, 2013).

Segundo Santos e Cesaretti citado por Linhares (2013) primeiramente para que seja realizado o processo de autoirrigação é necessário que o paciente disponha dos materiais utilizados para realização do procedimento, sendo eles: o conjunto de peças para irrigação e os dispositivos oclusores, que são indicados pelo médico. Esse processo de treinamento fica sob responsabilidade do estomaterapeuta, lembrando que só poderá fazer irrigação os pacientes portadores de colostomias de cólon descendente, terminal e de preferência definitivos, sendo também necessário não ter afecções inflamatórias intestinais, ser cardiopatas ou ter problemas renais. O estoma tem que ter o diâmetro externo de 20 a 45 mm e sua protusão em até 25 mm, sendo este estoma de eliminação fecal até três vezes ao dia, não tendo complicações como prolapso, retrações, hérnias e enterites actínicas.

Linhares (2013) descreve que para realização da autoirrigação é necessário que o procedimento seja dividido em três fases, sendo elas destacadas por: primeira fase é dada pela infusão do fluído, este momento é variável de acordo com cada paciente, geralmente dura em torno de 5 a 10 minutos o tempo de ser infundido e as reações do paciente. Utiliza-se um irrigador no qual será infundido em torno de 750 a 1.500 ml de água morna em velocidade constante, posiciona-se o paciente para frente e direciona-se a infusão para a boca do estoma, sendo utilizado um cone que faz parte do conjunto de irrigação. Após o término de todo o volume infundido, o paciente aguarda em torno de 10 a 20 minutos. Já na segunda fase é realizada a drenagem, onde o líquido infundido terá uma duração em torno de 10 a 20 minutos para ser eliminado juntamente com o conteúdo intestinal, portanto nesta fase utiliza-se outra peça do conjunto denominada de manga, esta peça irá direcionar todo o conteúdo que será eliminado para o vaso sanitário. A terceira e última fase é caracterizada por drenagem residual, onde se tem uma duração de 30 a 45 minutos, com a saída de maior parte do conteúdo na manga, o ostomizado deverá desacoplar a peça e desenvolver atividades que favoreçam a drenagem residual, ou seja, o paciente deverá movimentar-se a fim de favorecer a drenagem. Após toda drenagem residual o paciente portador de colostomia poderá utilizar a bolsa coletora tradicional ou utilizar o sistema oclisor que tem por finalidade ocluir o estoma, sendo ele um dispositivo tipo tampão, no qual é descartável e flexível sendo composto por duas peças. Com isso, o paciente terá um controle quanto suas eliminações pelo estoma.

Conforme relata Cesaretti; Santos e Vianna (2010), quanto a perda do controle das eliminações de fezes e gases, motivados pela abertura de um estoma intestinal, constitui um forte fator de impacto emocional para as pessoas estomizadas, pois o estoma lhe proporciona uma alteração corporal, a auto-estima e a autoimagem, além de originar outros distúrbios adjuntos a esses.

É importante iniciar o processo de reabilitação desses pacientes que serão submetidos a colostomias logo sejam diagnosticados, pois a continuidade desse processo no pós-operatório demanda de conservação do suporte físico, social, e psicológico envolvendo-se todos os integrantes da equipe de saúde por tempo indeterminado, através de cuidados gerais e específicos e de aplicações de medidas preventivas e terapêuticas que se fizerem necessário, além dos grupos de apoio, ou de autoajuda, tendo em vista facilitar a convivência com o estoma. (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010).

A irrigação é uma das vantagens quando se é relacionada à continência da colostomia, devido proporcionar uma certa segurança e conforto impostos pelos colostomizados como essenciais à sua reintegração social. (ESPADINHA; SILVA, 2011).

Segundo Michelone e Santos (2004), consolida-se essa vantagem a sensações de satisfação e normalidade, mais segurança e menor ansiedade, sendo uma maior facilidade no ajustamento social e emocional e no retorno as atividades cotidianas como o trabalho e lazer, além da sensação de bem-estar devido à redução ou ausência de algumas restrições alimentares, proporcionando um modo de conviver melhor com a colostomia.

Pode-se destacar que os pacientes que utilizavam a irrigação da colostomia sentiam-se mais confortáveis, e logo retornavam a seu meio social em relação aos pacientes que não faziam do uso da irrigação e só utilizavam os equipamentos coletores. Esses resultados permitiram afirmar que a irrigação da colostomia é uma técnica efetiva na qual se diminui os custos pertinentes à assistência, melhorando a qualidade de vida da pessoa colostomizada. (SALES et al., 2010).

2.12 A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR COM O PACIENTE OSTOMIZADO

De acordo com Nascimento e outros (2011) a assistência ao paciente ostomizado requer uma reflexão acerca dos aspectos de reabilitação, tendo como um grande desafio para o profissional de saúde, sobretudo Enfermeiro, o conhecimento das necessidades do paciente através de suas indagações que são diversas e mudam constantemente. Portanto a compreensão dessas alterações visa o desenvolvimento de um plano de cuidados adequados ao preparo do convívio do paciente com a estomia, podendo-se prevenir complicações futuras relacionadas ao estoma e ajudando o mesmo a enfrentar as dificuldades que deverão acontecer devido às mudanças ocorridas após a estomização.

Sampaio e outros (2008) descrevem que todo paciente submetido a uma estomia necessitava de acompanhamento especializado que irá atender suas necessidades psicológicas, psicossociais e psicoespirituais, além de cuidados contínuos com seu estoma. Visando isto é necessária a realização de um plano de cuidados de enfermagem no pré-operatório com intuito de se evitar complicações no pós-operatório.

A assistência de enfermagem deve-se começar no pré-operatório, tendo a importância de orientações e cuidados frente à cirurgia e continuar até o período em que o paciente ainda estiver com o estoma, podendo ser temporário ou definitivo. O paciente bem informado saberá lidar com os cuidados que necessitam a estomia e irá adquirir habilidades para assumir o autocuidado com o estoma, sendo desde a manipulação do estoma, a limpeza da pele periestomal até a fixação dos dispositivos, como as bolsas coletoras. O enfermeiro orienta o autocuidado e também fornece um apoio emocional a este paciente e deve ficar atento quanto às necessidades hídricas e nutricionais se estão sendo supridas para visualizar sinais de complicações futuras. (SAMPAIO et al., 2008).

Conforme descreve Sampaio e outros (2008), para se obter sucesso no autocuidado necessita-se existir uma parceria entre paciente e profissional, pois assim os problemas serão identificados e sinalizados o quanto antes, tendo em vista a realização de ações e o tipo de intervenção apropriada em cada caso. Diante disso,

a continuidade do autocuidado se estende não só ao paciente, mas aos demais familiares ou responsáveis pelos cuidados ao estomizado.

O enfermeiro como profissional de saúde conhecendo as dificuldades enfrentadas por portadores de colostomia, tende como melhorar a relação de profissional e doente contribuindo para uma melhor assistência interagindo com os aspectos culturais vivenciados por pessoas diante de suas alterações físicas. (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Maruyama e Zago (2005) relatam ainda que ao se deparar no dia a dia com essa realidade o enfermeiro tem que acima de tudo saber lidar com situações que venham a surgir, pois sabemos que o cuidado e a educação permanente adquirida na formação vão de conjunto ao cuidado com o outro, visando estabelecer uma melhor qualidade de vida, compreendendo e respeitando suas necessidades e limitações estimulando assim suas potencialidades.

Bellato e outros (2006), afirmam que a proximidade do paciente com o profissional enfermeiro ocorrido anteriormente a confecção do estoma lhe assegura uma confiança ao manusear o estoma no pós-operatório sabendo realizar a higiene periestomal e distinguindo alterações que possam surgir diferenciando-se das características normais da estomia quanto à cor, tamanho, aspecto da mucosa e forma do estoma, diminuindo-se assim a ocorrência de complicações e tendo uma melhora na qualidade de vida.

Entretanto, sabe-se que para ocorrer o autocuidado com êxito é necessário a interação e parceria entre os profissionais da equipe de saúde incluindo-se pelo médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicólogo, todos agindo mutuamente com a pessoa portadora do estoma, visto que isto ainda não é uma realidade no serviço de saúde. (BELLATO et al., 2006).

Frente aos acontecimentos já declarados por diversos autores, Sonobe; Barichello e Zago (2002) destacam que o aprendizado do colostomizado vai sendo transformado ao longo do tempo. Primeiramente, o paciente não consegue nem olhar o estoma ou assimilar seus sentimentos diante desta realidade, com o passar do tempo dependendo da evolução de sua doença, o colostomizado consegue desenvolver estratégias que visam uma adaptação ocorrida em função do estoma. Desta forma todo ostomizado necessita de um tempo para assimilar e refletir sobre sua nova

adaptação frente à condição de ostomizado, lembrando que isso varia de paciente a paciente, podendo-se levar, dias, semanas ou meses. Outro aspecto que envolve a maioria dos relatos dos pacientes é referente aos incômodos causados quando há eliminação de gases, vazamentos e odores de fezes vindos da bolsa de colostomia. Com isso, o aperfeiçoamento no manuseio correto dos dispositivos coletores junto à assistência de enfermagem vem de grande importância, pois o paciente ostomizado precisa ser orientado quanto à alimentação que deverá ter a partir da confecção do estoma, visando à diminuição de gases e eliminações.

2.13 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS

A Associação Brasileira dos Ostomizados foi criada em 16 de Novembro 1985, sem fins lucrativos com intuito de defender os cidadãos ostomizados, desde bebês até os idosos. É através dela que os pacientes conseguem enfrentar melhor sua realidade, pois os mesmos participam de reuniões nas quais se deparam com outras pessoas na mesma situação que a sua e passam a aceitar melhor seu tratamento. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS, [20--]).

Os pacientes ostomizados buscam uma rede de apoio que é de extrema importância para sua reabilitação. Podendo-se destacar a família que proporciona apoio, carinho, e atenção em todas as fases da doença, com o compromisso de acalantar, confortar, ajudar em todas as fases. (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Segundo Silva e Shimizu (2006), foi destacada a Associação dos Ostomizados como um local onde os mesmos se sentem normais frente a outras pessoas, capazes de manifestarem seus sentimentos reprimidos, trocarem experiências e encontrarem soluções para seus problemas. Esses encontros são para alguns pacientes aguardados com ansiedade, por ser estimada como atividade de lazer.

Desta forma, a associação também incentiva as empresas a desenvolverem equipamentos de melhor qualidade e baixo custo aos ostomizados. Sabe-se que o paciente quando é submetido a um estoma ele tem direito como cidadão de fazer um cadastro no SUS, para adquirir as bolsas coletoras nos programas destinados a este fim.

A associação trabalha com uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista visando à melhoria na qualidade de vida do ostomizado dando orientações no autocuidado, prevenções de complicações com os estomas, e fornecendo bolsas coletoras. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS, [20--]).

Com isso, o cuidar destes pacientes pode ser um grande desafio para os profissionais de saúde, uma vez que é exigido a preparação dos mesmos para o convívio com o estoma. A resposta do cuidado depende da adaptação do estoma, do interesse e da capacidade do paciente em seu autocuidado e preparação do cuidador nas ações ofertadas. (SAMPAIO et al., 2008).

Segundo Cascais, Martini e Almeida (2007, p.167) relatam que:

Os serviços e os profissionais de saúde, através de um adequado planejamento da assistência que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, que desenvolva as aptidões da pessoa para o autocuidado, podem ter um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa ostomizada e seus familiares ao processo de viver com uma ostomia, contribuindo assim para a melhoria significativa da qualidade de vida destas pessoas.

Portanto, os pacientes que frequentam as associações dos ostomizados conseguem ter um melhor enfrentamento diante de sua condição de vida após o estoma, pois com os depoimentos de outras pessoas frente as suas dificuldades ele consegue ver que não é só ele que se encontra nesta situação, que existem outras pessoas que também foram submetidos a um estoma e conseguiram se adaptar-se a ele e continuar a viver diante de sua nova condição de vida. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

2.14 PROTOCOLO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA

Conforme relatam Mendonça e outros (2007) o paciente que precisa ser submetido a uma cirurgia na qual será confeccionado um estoma, sente-se muito abalado emocionalmente frente a essa nova condição.

O paciente quando recebe a notícia sobre sua patologia no primeiro momento logo se encontra fragilizado e perdido, seja devido a notícia da doença de base e juntamente sobre a confecção de um estoma, sendo ele temporário ou definitivo.

Portanto, é de extrema importância que este paciente seja encaminhado ao apoio da equipe multidisciplinar sendo ela composta pelo médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, para que sejam esclarecidas todas as dúvidas e medos que irão surgir a partir de agora mediante essa nova fase de vida. (MENDONÇA et al., 2007).

Conforme relatam Mendonça e outros (2007) este paciente deverá realizar um acompanhamento desde a fase pré-operatória até sua alta hospitalar, sendo também necessário um acompanhamento após alta hospitalar via ambulatorial, para que seja acompanhado como está sendo o autocuidado desde paciente com a colostomia e tirar dúvidas que venham a existir no decorrer do tratamento. Portanto, se faz necessário o emprego de um protocolo de assistência ao paciente portador de colostomia para que seja acompanhado de perto todo seu tratamento e evolução do estoma.

Visto o quanto é importante o acompanhamento deste paciente que será submetido há um estoma, segue abaixo o protocolo da assistência de enfermagem ao paciente portador de colostomia com intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao mesmo. Este protocolo teve como referência os diagnósticos de enfermagem composto no Carpenito-Moyet (2011) servindo de base para prescrições e evoluções de enfermagem.

(continua)

2.14.1 Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.

Momento Pré-operatório:	
Identificação do Paciente: _____	Data da Consulta: ___/___/___
Nome do Paciente: _____	Prontuário: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos	
Estado Civil: _____ Filhos: _____ Quantos: _____	
Escolaridade: _____	
Profissão: _____	
Etilista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tabagista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

(continuação)

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.**Doenças Adicionais:**

- Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus Obesidade Desnutrição
- Alergias? Qual (ais)? _____
- Doenças Cardíacas? Qual (ais)? _____
- Doenças Respiratórias? Qual (ais)? _____
- Doenças Neurológicas? Qual (ais)? _____
- Casos de Câncer na família? Sim Não Qual (ais)? _____
- Outras doenças: _____

Motivos que levaram ao atendimento:

Queixa Principal: _____

Já ficou internado: Sim NãoJá foi operado: Sim Não

Qual (ais) cirurgia (s)? _____

Nível de Consciência:

- Acordado Lúcido Orientado Verbalizando Sonolento Tranquilo
- Agitado Outros: _____

Estado Emocional:

- Calmo Alegre Triste Ansioso Depressivo
- Outros: _____

(continuação)

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.**Cuidado Corporal:**Higiene corporal: Adequada Inadequada: _____Higiene bucal: Adequada Inadequada: _____**Gastrointestinal:**Abdome: Flácido Distendido Plano GlobosoPeristalse presente: Sim NãoFunção intestinal: Último episódio ___/___/___ Quantidade: Pequena Grande Moderada**Geniturinária:**Diurese: Espontânea Estimulada por sondagemQuantidade de eliminações: Normal Pouca quantidade Quantidade moderada Grande quantidade**Integridade Cutânea:**Pele: Inteira Não inteiraTurgor: Preservado DiminuídoLesões na pele: Sim Não

Se tiver lesões na pele, local (ais): _____

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.**Tipos de Colostomias:**

Temporária Definitiva

Cólon transversa Cólon ascendente Descendente ou sigmóide

Colostomia em alça com duas bocas Colostomia terminal com uma boca

Demarcações para Colostomia e Ileostomia:

Paciente em pé

Paciente deitado

Paciente sentado

Locais de demarcação:

Lateralmente à linha média da parede abdominal, através do músculo retroperitoneal

Colostomia de cólon transverso, demarcar 4 cm acima e lateral à cicatriz umbilical

Ileostomia, demarcar 4 cm abaixo e lateral à cicatriz umbilical sendo a direita

Se for sigmoidostomia demarcar à esquerda

Momento Intra-operatório:

Intercorrências: Sim Não

Qual (ais): _____

Momento Pós-operatório:

Verificar funcionamento do estoma

Verificar e monitorar fixação da bolsa coletora se está correta

(continuação)

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.**Possíveis complicações com o estoma:**Dermatite periestomal: Sim NãoEdema: Sim NãoSangramento: Sim NãoIsquemia ou necrose: Sim NãoRetração: Sim NãoInfecção: Sim NãoEstenose: Sim NãoProlapso: Sim NãoHérnia paraestomal: Sim NãoFístula: Sim Não**Diagnósticos de Enfermagem:****Ansiedade:** Autodepreciação; Choro; Falta de autoconfiança; Antecipação de infelicidade; Preocupação;

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.**Gastrointestinal:**

- Constipação intestinal;
- Incontinência intestinal;
- Risco para constipação intestinal;

Social, autoestima e religiosidade:

- Déficit de conhecimento;
- Adaptação prejudicada;
- Baixa autoestima situacional;
- Desesperança;
- Distúrbio da imagem corporal;
- Enfrentamento familiar comprometido;
- Manutenção do lar prejudicada;
- Religiosidade prejudicada;
- Risco de angústia espiritual;
- Isolamento social;
- Risco para solidão;

Tegumentar:

- Integridade da pele prejudicada;
- Integridade tissular prejudicada;

(continuação)

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia. Risco para infecção; Risco de integridade da pele prejudicada;**Sexualidade:** Disfunção sexual; Padrão de sexualidade ineficaz;**Outros:**

Prescrição de Enfermagem: Manter cabeceira da cama elevada no ângulo de 30 a 45°; Realizar sinais vitais de 2/2 h; Realizar mudança de decúbito de 2/2 h; Manter grades do leito elevadas; Encaminhar o paciente ao banho de aspersão; Realizar banho no leito uma vez ao dia ou quando necessário; Realizar ou auxiliar o paciente na higiene oral com creme dental ou cepacol; Aplicar creme hidratante corporal após o banho ou quando necessário; Realizar troca da bolsa de colostomia sempre que necessário; Monitorar e registrar funcionamento da colostomia. E comunicar ausência de eliminações;

(conclusão)

Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente que irá ser submetido a uma colostomia.

<input type="checkbox"/> Trocar curativo de incisão cirúrgica uma vez as 08:00 ou sempre que necessário;
<input type="checkbox"/> Realizar troca de punção periférica a cada 72 h ou sempre que necessário;
<input type="checkbox"/> Trocar diariamente o curativo do acesso venoso periférico, utilizando álcool a 70% e ocluir o local da punção com fita hipoalérgica atentando para sinais flogísticos;
<input type="checkbox"/> Verificar presença de complicações com a colostomia como: dermatites, prolapso, isquemia, dentre outros;
<input type="checkbox"/> Permitir visitas dos familiares e amigos no horário de visitas do hospital;
<input type="checkbox"/> Preparar um programa de orientação para ser dado a família e ao paciente no momento da alta hospitalar, explicando o autocuidado com a bolsa de colostomia e possíveis complicações que possam vir a existir;
<input type="checkbox"/> Aconselhamento sexual;
<input type="checkbox"/> Encaminhar o paciente ao apoio psicológico e nutricional;
Outros:
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
Evolução de Enfermagem:

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem aos pacientes que serão submetidos à colostomia, com intuito geral de promover uma assistência de qualidade proporcionando uma melhor condição de vida ao ostomizado.

De acordo com a revisão exposta pode-se conhecer o que é um estoma e quais são os diversos tipos existentes, visto que o significado da palavra estoma quer dizer uma nova boca.

Sabe-se que para confecção de uma colostomia existe uma série de indicações relatadas no presente estudo, não generalizando a um único tipo de patologia.

Em revisão bibliográfica pode-se constatar que a maioria das indicações de uma colostomia hoje se dá por patologias como câncer, que acometem o intestino do paciente fazendo com que seja realizado um desvio deste trânsito obstruído.

Podemos constatar também a importância do acompanhamento deste paciente a uma equipe multidisciplinar, pois assim evitam-se complicações tardias e o paciente consegue voltar mais rápido ao seu ambiente social.

A assistência de enfermagem ao cliente ostomizado vem desde o momento em que este recebe a notícia de sua patologia e provável confecção do estoma, visto que ele necessitaria de um apoio com uma equipe multidisciplinar no qual irá tirar todas as suas dúvidas e medos que venham a surgir durante o tratamento.

O paciente que será submetido a uma colostomia fica muito fragilizado ao receber a notícia da confecção do estoma, a partir disto é de suma importância um apoio psicológico e um acompanhamento com o enfermeiro estomaterapeuta, pois é de função do estomaterapeuta fazer a demarcação correta do estoma, proporcionando um pós-operatório sem complicações e uma melhor qualidade de vida a este paciente.

É de extrema importância o papel do enfermeiro nos cuidados pré, intra e pós-operatório, visto que este paciente e sua família necessitarão de uma boa assistência de enfermagem visando sua reabilitação e melhor qualidade de vida.

Hoje se pode constatar que o paciente que não recebe as orientações corretas e necessárias sobre o autocuidado, futuramente desenvolverá complicações com seu estoma e demorará a voltar sua vida cotidiana. Por isso, faz-se necessário a elaboração do protocolo, que tem como objetivo principal promover uma melhor qualidade de vida aos ostomizados e sua família.

Conclui-se então que a prestação da assistência de enfermagem ao portador de colostomia tem que ser eficaz e correta, com a finalidade de proporcionar o bem estar e uma melhor qualidade de vida ao ostomizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S. L. de; et al. Os Sentidos da Corporeidade em Ostomizados por Câncer. **Psicol. Esterd**, Maringá, v. 15, n. 4, out/dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2013.

ANDRADE, E. P; DINIZ, W. Y. **O Papel do Enfermeiro Como Educador na Comunidade**. ([20--]). Disponível em: <http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Enfermagem/019-O%20PAPE.pdf>. Acesso: 22 de mai. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS OSTOMIZADOS. Ostomia – A Cirurgia da Vida ([20--]). Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/ostomias.html>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BECHARA, R. N.; et al. Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. **Rev. Bras. Coloproct**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 146-149, abr/jun. 2005. Disponível em: <http://www.sbcop.org.br/revista/nbr252/P146_149.htm>. Acesso em: 04 set. 2013.

BELLATO, R.; et al. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 334-342, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2013.

CARPENITO-MOYET, L. J; **Manual de diagnósticos de enfermagem**. Trad. Regina Machado Garcez; rev. Maria Augusta M. Soares, Valéria Giordani Araujo, Miriam de Abreu Almeida. 13. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CARVALHO, P. M. G. de. **Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade federal do Piauí, 2009, 86f. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patricia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patricia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20(Segura).pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CASCAIS, A. F. M. V; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. dos S. O Impacto da Ostomia no Processo de Viver Humano, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, jan/mar, v.16, n.1, p. 163-167, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2013.

CESARETTI, I. U. R.; SANTOS, V. L. C. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de Vida de Pessoas Colostomizadas Com e Sem Uso de Métodos de Controle Intestinal, **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, jan/fev. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2013.

ESPADINHA, A. M. N; SILVA, M. M. de. C. V. Z. N. O Colostomizado e a Tomada de Decisão Sobre a Adesão à Irrigação, **Rev. Enf. Ref**, Coimbra, ser III, n. 4, p. 89-96, jul. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2013.

FERNANDES, I. **Guia do Estomizado**. Porto Alegre: AGE, 2008, p. 21-25.

Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=8OXc-JE1X5kC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=Guia+do+ostomizado+izaac+fernandes&source=bl&ots=i5oR1kXGX2&sig=2gBIY43e19zOjOYIHxG6qcYZNGM&hl=pt-BR&sa=X&ei=N2mCU5KOLc_LsQSO1IKQDA&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Guia%20do%20ostomizado%20izaac%20fernandes&f=false>. Acesso em: 25 mai. 2014.

FONSECA, R. M. P; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em Centro Cirúrgico: Trinta Anos Após Criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm.** vol. 22, n. 4, p. 428-433, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de mai. 2014.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; ROSSI, L. A. A Prática Baseada em Evidências: Considerações Teóricas para sua Implementação na Enfermagem Perioperatória.

Rev Latino-am Enfermagem. vol. 10, n. 5, p. 690-695, set/out, 2002. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 de mai. 2014.

GEMELLI, L. M. G.; ZAGO, M. M. F. A Interpretação do Cuidado com o Ostomizado na Visão do Enfermeiro: Um Estudo de Caso. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10, n.1, p.34-40, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7769.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2013.

GRITTEM, L; MÉIER, M. J; GAIEVICZ, A. P. Visita Pré-Operatória de Enfermagem: Percepções dos Enfermeiros de Um Hospital de Ensino. **Cogitare Enferm**, vol. 11, n. 3, p. 245-251, set/dez, 2006. Disponível em:

<<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2006/vol11/no3/8.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2014.

HORTA, W. de. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL AC CAMARGO. III Simpósio sobre Feridas e Estomas em Pacientes Oncológicos ([20--]). Demarcação: Como e porque fazer?. Disponível em:

<<http://www.accamargo.org.br/files/Arquivos/ritadecassiabandeira.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. Atenção para diverticulose (2012). Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/atencao-para-a-diverticulose.aspx>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Fístulas Urinárias ([20--]). Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/doencas-urologicas/doencas-bexiga-uretra/Paginas/fistulas-urinarias.aspx>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva (2003). Orientações aos pacientes traqueostomizados. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=116>. Acesso em: 07 abr. 2014.

JACOBI, C. S. et al. A Importância da educação em saúde no período pré-operatório. ([20--]). Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2010/2010/Trabalhos/saude/Completo/5418.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

LINHARES, A. A. Estomaterapia em oncologia. In: FIGUEIREDO, E.; MONTEIRO, M; FERREIRA, A. **Tratado de oncologia**. 1ª ed. Revinter, 2013. p. 861-874.

MARCONI, Marina. De. A.; LAKATOS, Eva. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. 5. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

MARSICO, P. Dos. S; MARSICO, G. A. **Traqueostomia**. Rio de Janeiro, p. 24-32, 2010. Disponível em:< http://www.sopterj.com.br/revista/2010_19_1_2/06.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

MARUYAMA, S. A. T.; ZAGO, Márcia. M. F. O Processo de Adoecer do Portador de Colostomia por Câncer, **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 216-222, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200013>. Acesso em: 04 set. 2013.

MEIRELLES, C. A; FERRAZ, C. A. Avaliação da Qualidade do Processo de Demarcação do Estoma Intestinal e das Intercorrências Tardias em Pacientes Ostomizados. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 9, n. 5, p. 32-38, set/out, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7796.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

MENDONÇA, R. S.; et al. A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-Operatório de Ostomias Intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 53 n. 4 p.431- 435, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

MICHELONE, Adriana. de. P. C.; SANTOS, Vera. L. C. G. Qualidade de Vida de Adultos com Câncer Colorretal Com e Sem Ostomia, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, nov/dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600005>. Acesso em: 04 set. 2013.

MORAES, J. T; SOUSA, L. A; CARMO, W. J. Análise do Autocuidado das Pessoas Estomizadas em Um Município do Centro-Oeste de Minas Gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** vol. 2, n. 3, p. 337-346, set/dez, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/224/348>. Acesso em: 22 abr. 2014.

NASCIMENTO, C. de. M. de. S.; et al. Vivência do Paciente Estomizado: Uma Contribuição para a Assistência de Enfermagem, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20 n. 3, p. 557-564, jul/set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2013.

NASCIMENTO, J. E. A.; et al. Acerto Pós-Operatório: Avaliação dos Resultados da Implantação de Um Protocolo Multidisciplinar de Cuidados Peri-Operatórios em Cirurgia Geral. **Rev. COL. Bras. Cir.** p. 181-188, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v33n3/v33n3a09.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

OLIVEIRA, C. A. G; RODRIGUES, J. C; SILVA, K. N. Identificação do Nível de Conhecimento de Pacientes com Colostomia para a Prevenção de Possíveis Complicações. **Rev. Estima**, vol. 5, n. 4, p. 26-30, 2007. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=88%3Aartigo-original-3&lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2014.

OLIVEIRA, E; ANDRADE, I. M; RIBEIRO, R. S. **Educação em Saúde: Uma Estratégia da Enfermagem para Mudanças de Comportamento, Conceitos e Reflexões**. Goiânia. Agosto, 2009. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

REIS NETO, J. A.; et al.. Anastomose Colorretal Baixa: técnica de Mandache modificada. **Rev bras Coloproct**, vol. 23, n. 4, p. 278-283, 2002. Disponível em: <http://www.jcol.org.br/pdfs/23_4/07.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2014.

REVELES, A. G; TAKAHASHI, R. T. Educação em Saúde ao Ostomizado: Um Estudo Bibliométrico. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 41, n. 2, p. 245- 250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abr. 2014.

RIBAS-FILHO, J. M. et al. Trauma Abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 2008; vol.21, n. 4, p. 170-174. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202008000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 mar. 2014.

ROCHA, Jose. J. R.; Estomas Intestinais (ileostomias e colostomias) e Anastomoses Intestinais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 51-56, 2011. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas%20intestinais.pdf>. Acesso em: 04 set. 2013.

SALES, C. A.; et al. Sentimentos de Pessoas Ostomizadas: compreensão existencial, **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000100031&script=sci_arttext>. Acesso em 04 set. 2013.

SALLES, V. J. A.; et al. Neoplasia no Sítio da Colostomia: Relato de Três Casos e Revisão da Literatura. **Rev bras Coloproct**, vol. 26, n. 1, p. 57-60, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n1/v26n1a07.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

SAMPAIO, Francisca. A. A.; et al. Assistência de Enfermagem a Paciente com Colostomia: Aplicação da Teoria de Orem, **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 94-100, jan/mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 04 set. 2013.

SANTOS, J. S. dos.; et al. **Gastrostomia e Jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações**. 3ª parte. Cap IV. Medicina, Ribeirão Preto; p. 39-50, 2011. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

SANTOS, C. H. M.; et al. Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. **Rev bras Coloproct**, vol. 27, n. 1, p. 016-019, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/a02v27n1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

SANTOS, J. C. M. JR. Colite Isquêmica, **Rev. bras Coloproct**, v. 18, n.2, p. 109-115, 1998. Disponível em: <http://www.jcol.org.br/pdfs/18_2/07.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2014.

SARLO, R. S; BARRETO, C.R; DOMINGUES, T. A. M. Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn. **Acta paul. enferm.** vol.21, n.4, p. 629-635, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 abr.2014.

SILVA, A. L. da.; SHIMIZU, H. E. O Significado da Mudança no Modo de Vida da Pessoa com Estomia Intestinal Definitiva, **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 483- 490, julh/agos, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400003&script=sci_arttext>. Acesso em 04 set. 2013.

SILVA, T. L.; et al. Educação em Saúde no Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Relato de Experiência. 2013. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0479po.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2014.

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F.; A Visão do Colostomizado Sobre o Uso da Bolsa de Colostomia, **Revista Brasileira de Cancerologia**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf>. Acesso em 04 set. 2013.

SOUZA, A. A. de; SOUZA, Z. C. de; FENILI, R. M. Orientação Pré-operatória ao Cliente – Uma Medida Preventiva aos Estressores do Processo Cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 07, n. 02, p. 215 – 220, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/879/1050>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

SOUZA, V. C. T.; et al. Fistula Anorretal Complexa por Doença de Behcet – Relato de Caso. **Rev bras Coloproct**, vol. 24, n.3, p. 270-273, 2004. Disponível em: <http://www.jcol.org.br/pdfs/24_3/12.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2014.

STRACIERI, L. D. S. **Cuidados e Complicações Pós-Operatórios**. Medicina Ribeirão Preto; vol. 41, n. 4, p. 465-468, 2008. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N4/SIMP_4Cuidados_e_complicacoes-posoperatorias.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

VILLAR, M. A. M. et al. Doença de Hirschsprung: experiência com uma série de 55 casos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.9, n.3, p. 285-291, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 mai. 2014.

YAMADA, B. F. A.; et al. Vislumbrando a Demarcação no Terceiro Milênio. **Rev. Esc. Enf. USP**, vol. 33, Número Especial, 1999. Disponível em: <<http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/782.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

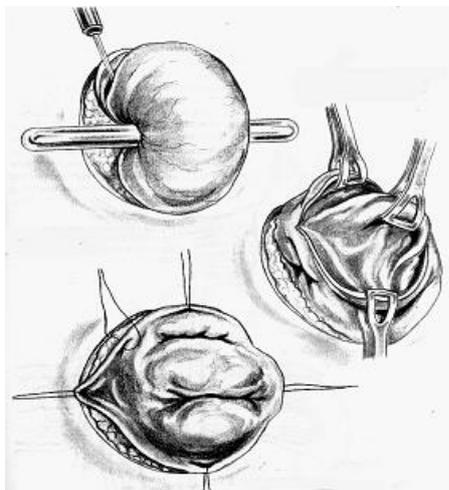
ANEXO A

Rocha (2011) destaca da seguinte forma algumas técnicas utilizadas para confecção da ileostomia e colostomia:

Técnica:

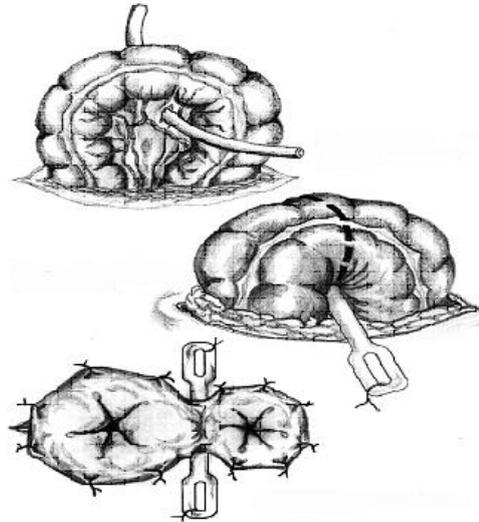
1. O local mais adequado para se exteriorizar o intestino esta localizado à linha lateralmente à linha média da parede abdominal, através do músculo reto-abdominal. Em todas as operações abdominais, quando há previsão de se fazer um estoma, a incisão deve ser na linha mediana, preservando as laterais do abdômen para possíveis estomas.
2. A incisão na pele, tecido subcutâneo e aponeurose é transversa, de 4 a 5 cm, localizada 4 cm acima e lateralmente à cicatriz umbilical se a colostomia for no cólon transverso e 4 cm abaixo e lateralmente se for ileostomia (à direita) ou se for sigmoidostomia (à esquerda).
3. Na ileostomia ou colostomia em alça, ao se exteriorizar a alça ileal ou colônica, faz-se a abertura na face antimesentérica e sutura-se as bordas das duas bocas na pele (Figura 1,2). Na colostomia ou ileostomia terminal, o íleo ou cólon é exteriorizado com uma única boca que é suturada à pele (Figura 3,4).
4. Um dos fatores importantes na técnica das ileostomias é a eversão da mucosa e protrusão de alça, o que a torna saliente, de aspecto mamilar, com 3 a 6 cm da borda cutânea. Dessa maneira, o liquido entérico cai diretamente na bolsa coletora, não provocando dermatite de contato pela secreção alcalina ileal. As colostomias, por sua vez, podem ficar ao nível da superfície cutânea, pois as fezes que saem do cólon, além de mais consistentes, não são irritantes devido ao pH neutro (Figuras 5,6).
5. Para coletar os resíduos entéricos e fecais das ileostomias e colostomias são utilizados dispositivos chamados de bolsas de colostomias, compostas por uma placa adesiva que adere à pele em volta do estoma e sobre ela uma bolsa coletora (Figura 7).

Figura 1. Esquema da confecção da ileostomia em alça. Incisão do íleo; Eversão com auxílio de pinça Babcock; Sutura do íleo à pele.



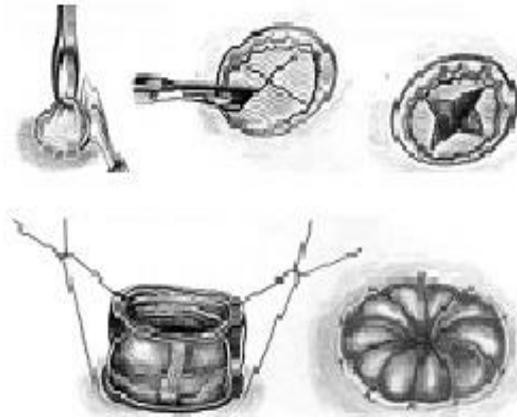
Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 2. Esquema da confecção da colostomia em alça.



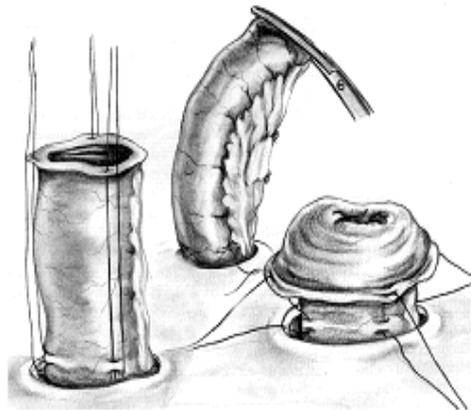
Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 3. Confecção da colostomia terminal.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 4. Esquema da confecção da ileostomia terminal.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 5. Ileostomia terminal.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 6. Colostomia terminal.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 7. Bolsa de colostomia (placa e coletor).



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

ANEXO B

Anastomoses intestinais têm técnicas variadas para sua confecção, sendo que suas suturas podem ser entre um ou dois planos.

Para realização de uma anastomose deve-se observar alguns pré requisitos essenciais como, por exemplo, vascularização, que não haja tensão na linha de sutura e boas condições sistêmicas do paciente.

Com objetivo de melhor visualização destacam-se as técnicas conforme figuras a seguir.

Técnica

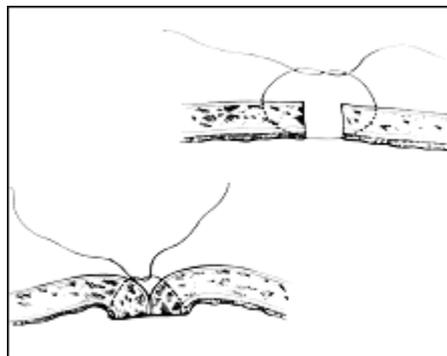
São muitas as técnicas utilizadas, assim como os materiais empregados. As suturas podem ser feitas em um ou dois planos. Os pontos que são passados de 3 a 4 mm de distância um do outro podem ser separados ou em uma sutura contínua.

A sutura pode envolver todas as camadas (pontos totais) ou evitar a mucosa (ponto subtotal extramucoso) ou ser apenas na seromuscular (Figuras 8, 9, 10, 11, 12). O material (agulhas e fios) é variável, sendo utilizados fios absorvíveis ou inabsorvíveis, com agulhas não traumáticas, 3-0 ou 4.0 de calibre, se possível, monofilamentares.

Outro material utilizado para as anastomoses intestinais são os grampos metálicos, através dos grampeadores circulares ou retos, indicados em anastomoses especiais como as colorretais baixas na pelve, as esôfago-gástricas e as entero-anastomoses de maior risco de deiscência e estenose ou em que haja dificuldade técnica na sutura manual (Figuras 13, 14).

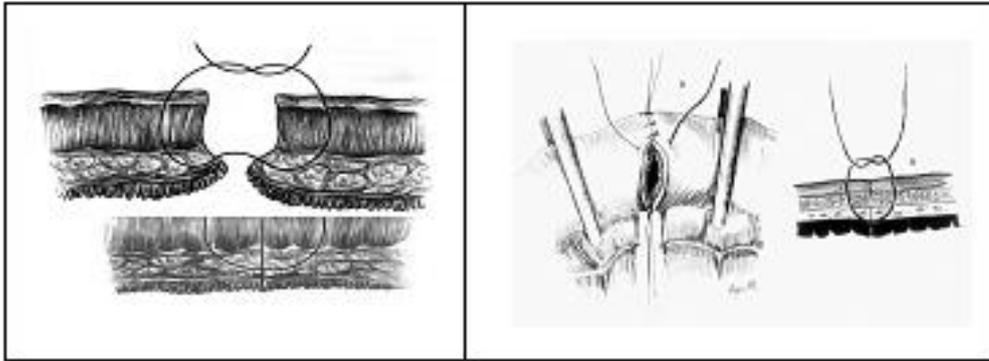
Para se descrever as anastomoses intestinais quanto à emenda dos dois segmentos, cita-se inicialmente o segmento proximal e depois o distal. A sutura pode ser feita entre as duas bocas terminais do segmento ressecado, chamada de anastomose término terminal, ou entre as bordas laterais dessas extremidades, conhecida como anastomose látero-lateral. Quando a boca terminal é do lado proximal e de outro lado é a borda lateral, é denominada anastomose término-lateral, se oposto, será anastomose látero-terminal (Figura 15).

Figura 8. Ponto separado total – Plano único (nó externo).



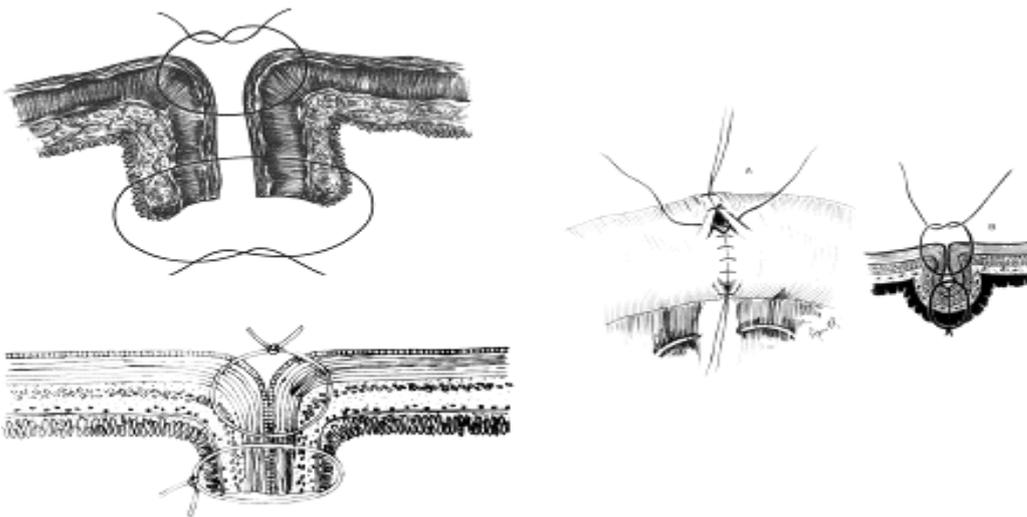
Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 9 e 10. Ponto separado extramucoso plano único (nó externo).



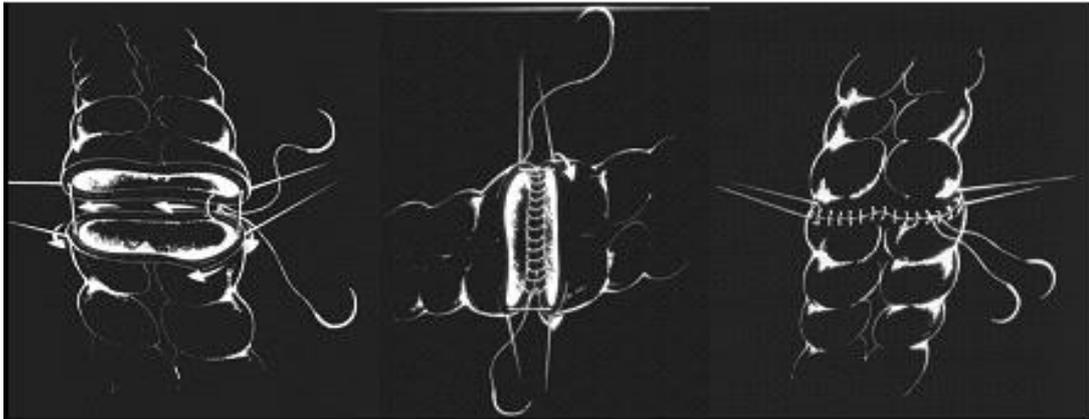
Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 11. Ponto separado – Dois planos de sutura (total e seromuscular).



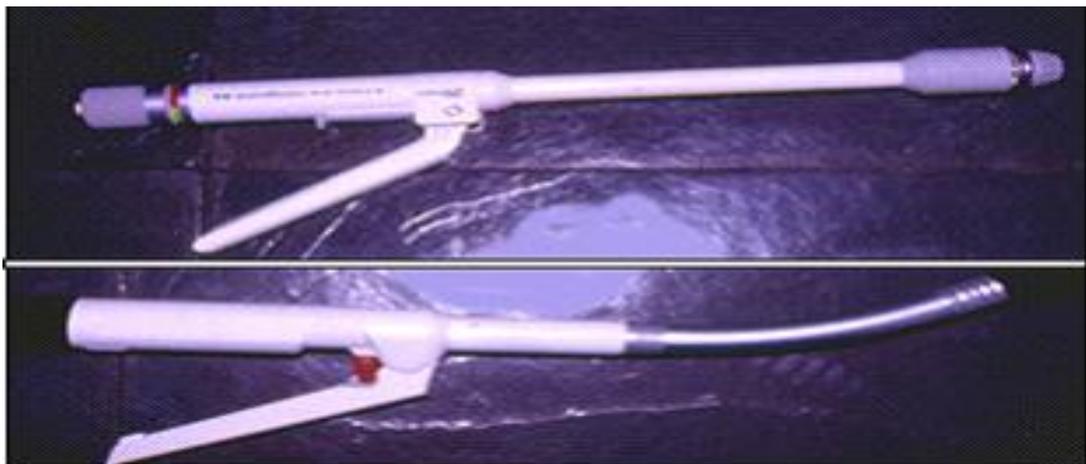
Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 12. Sutura continua em plano único.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 13. Grampeadores Circulares.



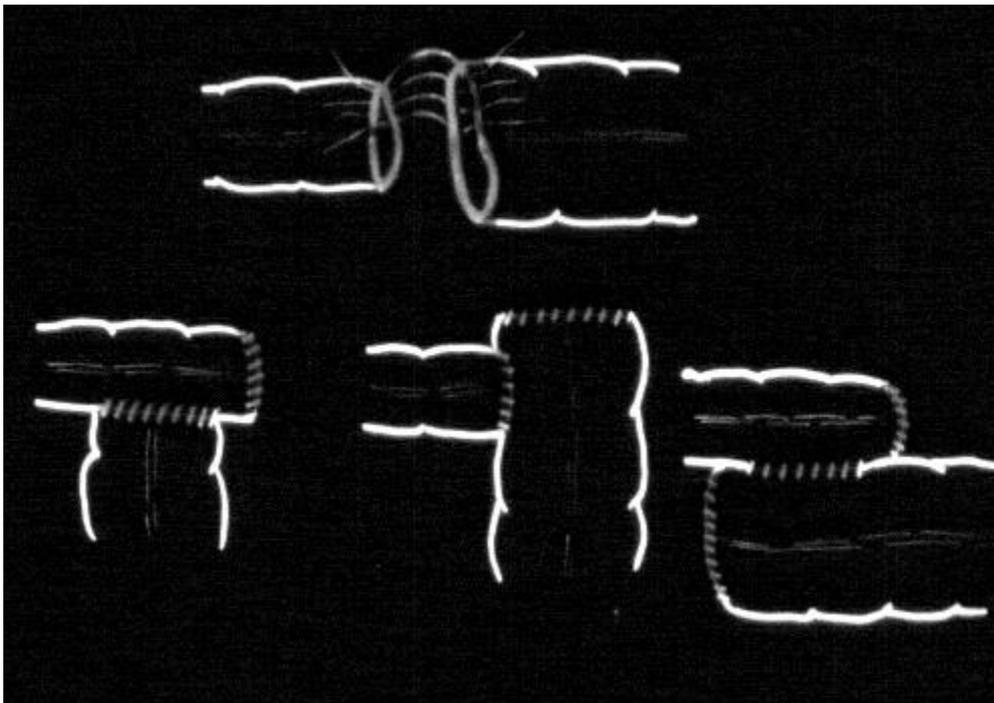
Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 14. Anastomose colorretal com grampeador circular.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>

Figura 15. Tipos de anastomoses quanto à emenda dos segmentos.
Termino – terminal, Látero – terminal, Termino – lateral e Látero – lateral.



Fonte: <http://www.fmrp.usp.br/revista>