

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE ESTOMIZADOS INTESTINAIS PROVISÓRIOS

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC ASPECTS OF PEOPLE WITH A TEMPORARY INTESTINAL STOMA

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES SOMETIDOS A OSTOMÍA PROVISIONAL

Janderson Cleiton Aguiar ¹
Adriana Pelegrini dos Santos Pereira ²
Katia Jaira Galisteu ²
Luciano Garcia Lourenção ³
Maria Helena Pinto ²

¹ Enfermeiro. Mestrando. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. FAMERP, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral. São José do Rio Preto, SP – Brasil.

³ Enfermeiro. Doutor. Professor Adjunto. FAMERP, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São José do Rio Preto, SP – Brasil; Professor Titular-Livre. Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Escola de Enfermagem. Rio Grande, RS – Brasil.

Autor Correspondente: Janderson Cleiton Aguiar. E-mail: janderpoty@yahoo.com.br
Submetido em: 27/09/2016 Aprovado em: 03/07/2017

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar aspectos sociodemográficos e clínicos das pessoas com estomia intestinal provisória atendidas por um serviço de atenção ao estomizado. Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, com 117 pessoas com estomia intestinal provisória. A coleta de dados ocorreu por meio de revisão de prontuário e entrevista estruturada. Houve prevalência do sexo masculino (54,7%), idade média de 62,9 anos, 59,8% casados, 74,4% católicos, 70,9% com até oito anos de estudo, 52,9% exerciam atividade laboral remunerada; destes, 51,3% interromperam suas atividades laborais e 44,4% não retornaram, com afastamento pela previdência. Dos 57 (48,7%) que não interromperam as atividades laborais 33,3% eram aposentados, 13,6% exerciam atividade não remunerada e 1,7% era autônomo sem direito a afastamento. A maioria possuía renda familiar até dois salários mínimos (67,5%). A neoplasia predominou como causa de confecção da estomia (47,9%), seguida pelo abdome agudo (31,6%). As colostomias foram mais frequentes (75,2%); a permanência da estomia foi, em média, de 5,3 anos (tempo mínimo de seis meses e máximo 25 anos). Concluiu-se que o conhecimento das características da população atendida contribui para o planejamento da assistência conforme as reais necessidades da mesma, possibilitando mais efetividade do serviço e, conseqüentemente, melhora na satisfação do usuário.

Palavras-chave: Estomia; Estomas Cirúrgicos; Cuidados de Enfermagem; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to characterize sociodemographic and clinical aspects of people with a temporary intestinal stoma seen by care service targeted at ostomates. This is a quantitative, cross-sectional descriptive study, including 117 people with a temporary intestinal stoma. Data were collected through medical chart review and a structured interview. Sixty-four patients (5.7%) were male, with a mean age of 62.9 years, 59.8% were married, 74.4% were Catholic and 70.9% had up to eight years of study. Most (52.9%) had a paid labor activity, 60 of which (51.3%) had discontinued their work activities, and 44.4% had not returned, receiving a social security leave. Of the 57 (48.7%) that had not interrupted their work activities, 33.3% were retired, 13.6% performed unpaid activities and 1.7% were self-employed without the possibility of having a leave. Most had a family income of up to two minimum wages (67.5%). Neoplasias were the major cause of indication of stoma (47.9%), followed by acute abdomen (31.6%). Colostomies were the most frequent stomas (75.2%), the mean duration of stoma implantation was 5.3 years (median 3 years, minimum 6 months and maximum 25 years). Knowledge of the characteristics of the attended population contribute for care planning according to the real needs of people with a stoma, thereby enabling greater effectiveness of the service and consequently greater user satisfaction.

Keywords: Ostomy; Surgical Stomas; Nursing Care; Health Profile.

Como citar este artigo:

Aguiar JC, Pereira APS, Galisteu KJ, Lourenção LG, Pinto MH. Aspectos sociodemográficos e clínicos de estomizados intestinais provisórios. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-1013. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170023

RESUMEN

El estudio caracteriza aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes ostomizados provisionalmente atendidos por en un servicio de atención al ostomizado. Estudio transversal realizado con 117 personas con estoma intestinal provisorio. Los datos fueron recogidos por medio de la revisión de los expedientes clínicos y de entrevistas estructuradas. Prevalencia del sexo masculino (54,7%), edad mediana de 62,9 años; 59,8% casados, 74,4% católicos, 70,9% con hasta ocho años de estudio, 52,9% ejercían actividad laboral remunerada; 51,3% de ellos debieron interrumpir sus actividades laborales y 44,4% no retornaron y solicitaron pensión de la seguridad social. De los 57 (48,7%) que no interrumpieron las actividades laborales 33,3% eran jubilados, 13,6% ejercía actividad no remunerada y 1,7% eran trabajadores autónomos sin derecho a pensión por alejamiento. La mayoría tenía ingreso familiar de hasta 2 sueldos mínimos (67,5%). La neoplasia predominó como causa del estoma (47,9%), seguida por abdomen agudo (31,6%). Las colostomias fueron más frecuentes (75,2%), la permanencia del estoma fue en media de 5,3 años (mínimo de 6 meses y máximo de 25 años). El conocimiento de las características de la población atendida contribuye a la planificación de los servicios de acuerdo con las verdaderas necesidades de la población, posibilitando servicios más eficientes y efectivos y, consecuentemente, mejora el nivel de satisfacción de los usuarios.

Palabras clave: Estomía; Estomas Quirúrgicos; Atención de Enfermería; Perfil de Salud.

INTRODUÇÃO

A estomia é uma derivação cirúrgica em que ocorre a exteriorização da luz de um órgão oco, criando uma comunicação com o meio externo. Em estomias intestinais a principal finalidade é o desvio da eliminação de fezes e gases, sendo comum a exteriorização do cólon (colostomia) ou do íleo (ileostomia).¹

Diversas doenças que acometem órgãos do sistema digestório, ou próximo dele, podem levar à construção de estomia intestinal, especialmente as neoplasias, doenças inflamatórias intestinais, doenças diverticulares, além de causas externas, em que podem ocorrer lesões intestinais, seja devido a ferimento de arma branca ou de fogo ou traumatismo contuso consequente a acidentes automobilísticos ou violência interpessoal, entre outras.¹

A construção da estomia determina mudanças corporais e de atividades cotidianas, relacionadas principalmente aos seus cuidados específicos e à presença de um equipamento coletor para a estomia, levando eventualmente a pessoa com estomia a experimentar sentimentos negativos sobre seu corpo, influenciando a autoestima e os relacionamentos interpessoais.^{2,3}

Em virtude dessas alterações e dificuldades, a pessoa com estomia passa a necessitar de diferentes equipamentos coletores e adjuntos para o seu processo de reabilitação, variando conforme a faixa etária, o tipo de estomia, características físicas do indivíduo e da estomia, além da existência ou não de complicações.⁴

De acordo com a doença, a porção do órgão acometida, o tipo de técnica cirúrgica empregada e outros fatores como doenças associadas, a estomia pode ser classificada como provisória, quando há possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou definitiva, quando não existe essa possibilidade.¹

O procedimento de reconstrução de trânsito intestinal não é desprovido de riscos, apresentando taxas de morbimortalidade variáveis de acordo com as características dos indivíduos, doenças associadas, doença que levou à construção da estomia, além de fatores inerentes ao serviço de saúde.⁵⁻⁷ Contudo, a permanência da estomia pode gerar complicações locais como der-

matite periestomia e até mesmo possíveis de evolução para correção cirúrgica como prolapso, retração de estomia, hérnia, entre outras.⁸ A autoimagem e a autoestima da pessoa com estomia também sofrem alterações, influenciando em seu cotidiano.^{2,8}

Nesse cenário, o objetivo deste estudo foi caracterizar aspectos sociodemográficos e clínicos e verificar a associação de variáveis das pessoas com estomia intestinal provisória atendidas por um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II, um serviço de assistência especializada, com equipe interdisciplinar.

O conhecimento do perfil dos usuários do serviço de atenção ao estomizado auxilia no planejamento de ações voltadas especificamente para as necessidades dessa população, direcionando a atuação da equipe multidisciplinar.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, de caráter quantitativo, realizado em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II localizado no interior do estado de São Paulo. Esse serviço atende a uma região de 90 municípios composta pelo município-sede do serviço, uma microrregião formada por 30 municípios próximos e uma macrorregião composta por 59 municípios situados geograficamente mais distantes da sede do serviço. Possui equipe composta por médico coloproctologista, enfermeiro estomaterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social que prestam assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com estomia, objetivando a reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, capacitação e fornecimento de bolsas coletoras e adjuvantes de proteção e segurança.⁴

A população do estudo constituiu-se de pessoas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão e exclusão: ter estomia intestinal provisória; idade igual ou superior a 18 anos; residir em um dos municípios da região de saúde sob responsabilidade do Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II; não

apresentar doenças com alterações cognitivas e mentais; não estar acamado; e concordar em participar do estudo após convite e esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos, garantia do anonimato e não prejuízo do atendimento em caso de recusa da participação, sendo esta formalizada com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme previsto na Resolução CNS 466/12.

Para seleção dos participantes, inicialmente foram analisados todos os prontuários de pessoas com estomia cadastradas e em acompanhamento no serviço supracitado, para identificação daqueles que estavam com estomia provisória. Entre 470 prontuários de pessoas com estomia analisados, 117 possuíam estomia provisória e enquadraram-se nos critérios de inclusão e exclusão, correspondendo à amostra final do estudo. Não houve perdas ou recusa.

A coleta de dados ocorreu por meio de revisão dos prontuários e entrevista estruturada, utilizando instrumento elaborado pelos próprios pesquisadores, contemplando aspectos sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, ocupação atual, afastamento da ocupação pós-cirurgia e renda familiar) e clínicos (data da realização da estomia, doença, tempo com estomia, tipo de estomia, motivo de não reconstrução, tipo e quantidade de equipamento que faz uso). A revisão do prontuário permitiu a obtenção de dados clínicos com mais confiabilidade e de forma mais assertiva. O instrumento foi pré-testado em estudo-piloto aplicado em 10 pessoas, com o objetivo de obter as informações necessárias para o instrumento final de coleta de dados, com especificidade e clareza necessárias para o entendimento dos respondentes, evitando possíveis vieses de não entendimento ou influência do entrevistador. Ao final do teste do instrumento, o mesmo não foi modificado e as entrevistas foram incluídas na amostragem final.

As entrevistas ocorreram de forma sistemática, abordando os usuários no momento em que compareciam ao serviço para acompanhamento e entrega dos equipamentos coletores, entre setembro e novembro de 2015.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados utilizando-se uma planilha do programa *Microsoft Excel*® versão 2007, de forma a possibilitar a análise estatística dos dados, os quais estão apresentados em forma de tabelas e gráficos. Foram realizadas análise descritiva das variáveis de caracterização amostral; análise de variância com teste de comparação múltipla de Tukey *post-hoc* para verificar se há associação entre a idade e a causa do estomia; análise de variância ou o teste de Mann-Whitney para verificar se há associação entre o tempo com estomia e as características clínicas; e teste de correlação de Spearman para correlacionar idade e tempo com estomia. O nível de significância aplicado para todos os testes foi de $p < 0,05$. O *software* utilizado para análise estatística foi o Minitab 17 (minitab inc).

O estudo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 1.228.105, atendendo às exigências legais para estudos envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 117 pessoas com estomia provisória, sendo 64 (54,7%) do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de 62,9 anos, com desvio-padrão de 14,48, mediana 63, idade mínima 23 e máxima 95 anos. A maioria casada (70 – 59,8%), com nível de escolaridade de até oito anos de estudo (83 – 70,9%), religião católica (87 – 74,4%) e dependente exclusivamente de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS (106 – 90,6%); 62 (52,9%) pessoas exerciam atividade laboral remunerada, com renda familiar média de 2,08 salários mínimos (SM), desvio-padrão 1,07, mediana 2 SM, com renda familiar mínima de 1 e máxima de 6 SM. Dos 62 (52,9%) que exerciam atividade laboral remunerada, 60 (96,8%) interromperam suas atividades, ficando afastados pela previdência social; e 52 (83,8%) não retornaram ao trabalho após o procedimento, mantendo-se afastados. Dos 57 (48,7%) que não interromperam as atividades laborais, 39 (68,4%) eram aposentados, 16 (28,1%) exerciam tarefa não remunerada em domicílio, dois (3,5%) eram autônomos e retornaram às atividades após a recuperação (Tabela 1).

Tabela 1 - Aspectos sociodemográficos das pessoas com estomia intestinal provisória atendidos em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II do interior do estado de São Paulo, 2015 (n=117)

Aspectos sociodemográficos das pessoas com estomia		N	%
Sexo	Masculino	64	54,7
	Feminino	53	45,3
Faixa etária	20-29	2	1,7
	30-39	7	5,9
	40-49	11	9,4
	50-59	26	22,3
	60-69	28	23,9
	70-79	27	23,1
Estado Civil	80 e mais	16	13,7
	Solteiro	15	12,8
	Casado	70	59,8
	Divorciado	9	7,7
Escolaridade	Viúvo	23	19,7
	Nenhuma	8	6,8
	Até oito anos	83	70,9
	Até onze anos	21	17,9
	Mais que doze anos	5	4,4

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Aspectos sociodemográficos das pessoas com estomia intestinal provisória atendidos em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II do interior do estado de São Paulo, 2015 (n=117)

Aspectos sociodemográficos das pessoas com estomia		N	%
Religião	Católica	87	74,4
	Não Católicos	30	25,6
Serviço de saúde	SUS dependente	106	90,6
	Conveniada a operadora de plano privado de saúde	11	9,4
Atividade laboral	Remunerada	62	52,9
	Não remunerada	16	13,7
	Aposentado	39	33,3
Renda Familiar	Até 2 Salários Mínimos*	79	67,5
	De 3 a 4 Salários Mínimos	35	29,9
	5 e mais Salários Mínimos	3	2,6
Interrompeu atividades laborais após cirurgia	Sim	60	51,2
	Não	57	48,7

*valor do salário mínimo: R\$788,00 conforme decreto 8381/2014 publicado no diário oficial da união em 30/12/2014.

No que se refere às características clínicas, a neoplasia foi a principal causa de confecção da estomia (56–47,9%), seguida pelo abdome agudo (37–31,6%). Para a análise da idade em relação à doença, verificou-se que as pessoas com abdome agudo e neoplasia apresentaram idade significativamente superior em relação aos que apresentaram outros tipos de doenças (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação da idade com a causa de confecção da estomia provisória, 2015 (n=117)

Variáveis		Idade			Valor P ¹
		N	Média ± DP	Mediana	
Doença	Abdome agudo	37	68,32±13,25 a	69,00	<0,001
	Neoplasia	56	64,46±11,57 a	66,50	
	Outras*	24	51,21±16,33 b	52,00	

1 Valor p referente ao teste de Análise de Variância (ANOVA) a p<0,05. Letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças significativas pelo teste de comparação múltipla de Tukey a p<0,05. * Outras: agrupados fistula, síndrome de Fournier, causas externas, doenças inflamatórias intestinais e doença de Chagas sem perfuração ou obstrução do colón.

Quanto ao tempo de permanência com estomia, encontrou-se média de 5,3 anos, com desvio-padrão de 5,1 anos, mediana de três anos, tempo mínimo de seis meses e máximo de 25 anos entre a data de construção da estomia e a data da entrevista. Os resultados obtidos da comparação entre o tempo com estomia e as diversas variáveis abordadas no estudo es-

tão representados na Tabela 3. De acordo com esses resultados é possível pressupor a ausência de diferenças significativas no tempo com a estomia quando as pessoas com estomia foram comparados em relação a: doença (p=0,099), tipo de cirurgia (p=0,342), tipo de estomia (p=0,709) e caráter da cirurgia (p=0,590).

Tabela 3 - Associação das características clínicas e o tempo com estomia 2015 (n=117)

Variáveis		Idade			Valor P ¹
		N	Média ± DP	Mediana	
Doença	Abdome agudo	37	6,28±5,01	5,25	0,099 ¹
	Neoplasia	56	3,95±4,41	2,16	
	Outras	24	5,97±5,99	3,63	
Tipo de cirurgia	Colectomia	54	5,76±5,28	3,58	0,342 ¹
	Retossigmoidectomia	49	4,91±5,18	2,41	
	Outras	14	3,18±2,76	1,70	
Tipo de estomia	Colostomia	88	5,15±5,24	2,83	0,709 ²
	Ileostomia	29	4,95±4,45	2,41	
Caráter da cirurgia	Eletiva	55	4,78±4,95	2,50	0,590 ²
	Urgência	62	5,38±5,14	2,83	

1 Valor p referente ao teste de Análise de Variância a p<0,05; 2 Valor p referente ao teste de Mann-Whitney a p<0,05.

Os resultados do teste de Spearman para correlação entre a idade das pessoas com estomia avaliados com o tempo que permaneceram com a estomia mostraram que houve fraca correlação entre essas variáveis, apesar de a mesma ter sido significativa (r=0,416; p<0,001). O valor do coeficiente de Spearman foi positivo, pressupondo-se que, quanto maior a idade da pessoa com estomia, maior será o tempo que ele permanecerá com a estomia (Figura 1).

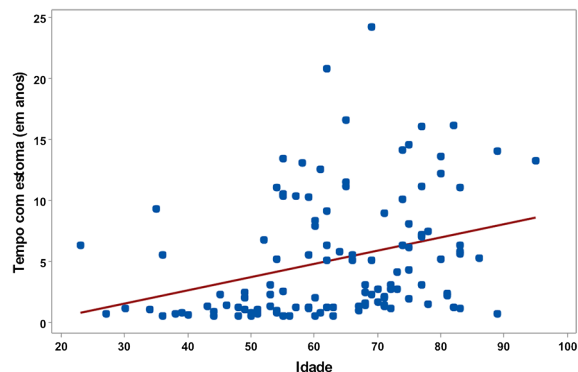


Figura 1 - Correlação entre a idade das pessoas com estomia e o tempo com estomia.

DISCUSSÃO

Em relação aos aspectos sociodemográficos, observaram-se predomínio dos idosos do sexo masculino e aumento relevante de pessoas com estomia de acordo com o aumento da idade. Esses resultados são semelhantes a alguns estudos nacionais e internacionais sobre o perfil das pessoas com estomia.^{2,8,9} O aumento do número de pessoas com estomia intestinal associada ao envelhecimento pode estar relacionada ao fato de algumas doenças acometerem mais os idosos devido ao envelhecimento patológico. Essas comorbidades elevam o risco de complicações cirúrgicas.¹⁰

Esse risco parece estar atrelado ao prolongamento do tempo com estomia provisória.

Neste estudo encontrou-se a maior parte da população casada, seguida de viúvos e solteiros. A estomia, o equipamento coletor e a incapacidade de controle de gases e fezes alteram a imagem que o indivíduo tem de si, passando a experimentar sentimentos negativos sobre seu corpo e de inferioridade em relação ao seu parceiro, influenciando na sexualidade do indivíduo e na relação conjugal. Ou seja, a alteração da sexualidade não está relacionada somente às alterações físicas, mas também à autoimagem, à autoestima e às alterações emocionais da pessoa com estomia.^{11,12} Nesse contexto o apoio e a presença do companheiro, dos familiares e das pessoas de convivência mais próxima durante a fase de adaptação contribuem para o enfrentamento das dificuldades que surgem com a estomia, inclusive no auxílio e incentivo para realização dos cuidados, contribuindo para reabilitação e melhoria da autoestima.¹³

Em estudo brasileiro que analisou as características de pessoas submetidas à reconstrução de trânsito, o tempo médio de permanência com a estomia até a reconstrução foi de 15,7 meses, média de idade na reconstrução de 43 anos. E as causas externas foram o principal motivo para a construção da estomia.⁶ Encontramos em nossos resultados média de 5,3 anos com estomia e idade média de 62,09 anos, ou seja, tanto o tempo com estomia como a idade foram superiores. Esses dados fortalecem os resultados do teste de Spearman, pressupondo que a idade avançada da pessoa com estomia está correlacionada com a maior permanência do estomia. Comorbidades associadas ao envelhecimento aumentam a taxa de morbimortalidade, o que pode estar contribuindo para o tempo de reconstrução encontrado. A sobrecarga dos serviços públicos de saúde também pode estar contribuindo para o aumento desse tempo.

Vale ressaltar que, mesmo após o período de adaptação, o sofrimento emocional relacionado à estomia e às alterações do estilo de vida pode persistir.¹⁰ Assim, entende-se que a persistência de uma estomia provisória por mais tempo pode prolongar o sofrimento emocional do indivíduo.

A escolaridade pode estar atrelada às dificuldades de acesso educacional vividas pela parcela mais idosa da população brasileira. O nível de conhecimento gerado pelos poucos anos

de estudo pode determinar a realização de atividades com menos retorno financeiro. Salários menores têm como consequência benefícios previdenciários menores, contribuindo para os achados de renda familiar. Esses resultados foram ao encontro de outros estudos realizados em diferentes regiões do país, como Minas Gerais,⁹ Rio Grande do Sul,¹⁴ Paraíba¹⁵ e Ceará.¹⁶

Em relação à religião, observou-se que a maioria era católica. A fé e a crença são consideradas importantes ferramentas para o processo de sobrevivência, pois por meio da religião pessoas encontram forças para o enfrentamento da dor e de suas angústias na vida diária, produzindo alívio do sofrimento.^{3,10} Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira é composta, em sua maioria, por católicos.¹⁷

A maioria das pessoas com estomia, economicamente ativa, não retornou às atividades laborais após a recuperação do procedimento cirúrgico, mantendo-se afastada e recebendo benefício previdenciário. O retorno ao trabalho faz parte do processo de reabilitação da pessoa com estomia, colaborando na inclusão social, reforçando o sentimento de que é capaz de continuar a trabalhar e realizar tarefas cotidianas. O salário serve como incremento às necessidades financeiras em caso de baixa renda familiar. Cabe, portanto, aos profissionais das equipes que assistem as pessoas com estomia orientá-las e prepará-las para o retorno ao trabalho.¹⁸

Considerando-se que a estomia pode limitar a execução de algumas atividades, é necessária a busca de adequadas condições de acesso, transporte e trabalho adaptado. A legislação brasileira incluiu a pessoa com estomia como deficiente físico, podendo ingressar ou se manter tanto no serviço público como no serviço privado, por meio de cotas específicas.¹⁹

O fato de a maioria da amostra ser dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) pode estar relacionado principalmente a dois fatores: à renda familiar e à legislação vigente. Verificou-se que a maior parte da população estudada é idosa, com renda familiar de até dois salários mínimos, dificultando a contratação de um serviço privado de saúde.

Na legislação vigente existem duas portarias que contemplam a distribuição de equipamentos para a pessoa com estomia: a Portaria 400, de 16 de novembro de 2009, que normatiza a distribuição dos equipamentos para o SUS, e a Portaria 12738, de 30 de novembro de 2012, que determina que as operadoras de plano de saúde são responsáveis pela disponibilização desses equipamentos para sua clientela, seja em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.^{4,20} Segundo dados de instituições governamentais, a taxa média de cobertura por planos de saúde para o estado de São Paulo em setembro de 2015 foi de 39,4%.²¹

As neoplasias destacaram-se como principal causa de estomia, o que corrobora dados encontrados em outros estudos.^{8,9,14,16} Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer colorretal está entre os mais frequentes no país, sendo a

terceira maior causa de câncer para mulheres (perdendo apenas para o câncer de pele e de mama) e a quarta maior causa de câncer entre os homens (ficando atrás do câncer de pele, próstata e pulmão). A mesma instituição estimou para o biênio 2016-2017 que o câncer colorretal seria o segundo mais prevalente em ambos os sexos na região Sudeste do Brasil quando não considerados os cânceres de pele.²²

Estudos que analisaram o perfil do usuário submetido à reconstrução de trânsito intestinal trazem as causas externas como mais prevalentes nessa população.^{6,7} Essas causas estão relacionadas à violência, principalmente no trânsito e interpessoal. Neste estudo as causas externas foram as menos prevalentes entre os motivos do estomia.

Dois situações podem ter contribuído para esse dado: primeiro, de acordo com dados da Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo, pode-se verificar que a região onde se realizou o estudo não se encontra entre as mais violentas do estado²³; segundo, a reconstrução de trânsito intestinal em que a causa básica foi externa pode demandar menos tempo entre a construção da estomia e a reconstrução de trânsito intestinal, visto que não há tratamento prolongado como nos casos de neoplasias que podem demandar terapias adjuvantes. Alguns estudos trazem, inclusive, a realização de cirurgia sem a necessidade de uma análise específica do cólon, quando a causa básica é externa²⁴, facilitando o processo de reconstrução.

A colectomia foi a técnica cirúrgica mais empregada para a confecção de estomia na população estudada, seguida de retossigmoidectomia tipo Hartman. Dados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais.^{6,13} As colostomias terminais e principalmente do tipo Hartman apresentam elevados índices de complicações pós-reconstrução, sugerindo-se restringir a indicação das mesmas.¹³

As estomias são realizadas no colón (colostomia) e íleo (ileostomia) em alças que possuem tamanho e mobilidade que permitam sua adequada exteriorização e fixação na parede abdominal.¹ Neste estudo as colostomias foram mais prevalentes que as ileostomias, corroborando com o encontrado por outros autores.^{6,7,9,13} Os resultados não apuraram aumento significativo no tempo com estomia por causa do tipo de estomia, seja ela colostomia ou ileostomia.

Sendo a população de pessoas com estomia provisória, acredita-se que uma limitação deste estudo foi não considerar o significado da estomia para os participantes, o que poderia auxiliar no planejamento da assistência individual da pessoa com estomia provisória.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer características socio-demográficas e clínicas de uma população de pessoas com esto-

mia intestinal provisória, atendidas em um Serviço de Atenção ao Estomizado Tipo II localizado no interior do estado de São Paulo.

Os dados revelaram que a maioria da população estudada era do sexo masculino, idosa, casada, católica, com oito anos de estudo, com renda de até dois salários mínimos, SUS dependente e que interromperam as atividades laborais após a confecção da estoma. A maior parte possuía colostomia, com tempo de confecção de cinco anos ou mais.

Essas informações podem direcionar um alinhamento entre o atendimento e planejamento da assistência, de acordo com as reais necessidades da pessoa com estomia provisória, garantindo o acesso a serviços e equipamentos de acordo com as necessidades e particularidades dessa clientela, contribuindo para mais efetividade do serviço e consequente melhora na satisfação do usuário. Além de possibilitar uma reflexão sobre as causas de construção das estomias intestinais provisórias, com estratégias de ação como campanhas direcionadas para prevenção e diagnóstico precoce do câncer, principalmente do colorretal, melhorando o conhecimento da população acerca desses agravos.

A integração de serviços e setores que realizam a reabilitação de deficientes físicos com entidades que promovem o retorno ou recolocação dessa população no mercado de trabalho pode potencializar essa ação. O retorno ao trabalho gera sentimento de ser útil e ajuda na subsistência do ser e de seus dependentes, contribuindo para o processo de reabilitação e reduzindo custos com afastamentos prolongados pela previdência social.

Novos estudos nesta temática contribuirão para melhor compreensão das dificuldades encontradas pelas pessoas com estomia intestinal provisória, auxiliando no planejamento da assistência voltada para as reais necessidades dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais Med (Ribeirão Preto). 2011[citado em 2016 maio 16];44(1):51-6. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp5_Estomas_intestinais.pdf.
2. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manage*. 2003[citado em 2016 maio 16];49(2):48-55. Disponível em: <http://www.owm.com/content/qualitylifepatientwithstomasthemontreuxstudy>
3. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2010[citado em 2016 maio 16];44(1):221-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a31v44n1.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que trata da Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2009. Seção 1: 412.
5. Li LT, Hicks SC, Davila JA, Kao LS, Berger RL, Arita NA, et al. Circular closure is associated with the lowest rate of surgical site infection following stoma reversal: a systematic review and multiple treatment metaanalysis. *Colorectal Dis*. 2014[citado em 2016 maio 16];16(6):406-16. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.12556/epdf>
6. Silva JB, Costa DR, Menezes FJC, Tavares JM, Marques AG, Escalante RD. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução

- de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste brasileiro. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2010[citado em 2016 maio 16];23(3):1503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a04.pdf>
7. Von Bahten LC, Nicoluzzi JEL, Silveira F, Nicollelli GM, Kumagai LY, Lima VZ. Morbimortalidade da reconstrução de trânsito intestinal colônica em Hospital Universitário Análise de 42 Casos. *Rev Bras Coloproctol*. 2006[citado em 2016 maio 16];26(2):1237. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n2/v26n2a02.pdf>
 8. Salome GM, Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the selfimage and selfesteem of individuals with intestinal stoma. *J Coloproctol*. 2014[citado em 2016 maio 16];34(3):15966. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v34n3/22379363jcol34030159.pdf>
 9. Barbosa MH, Dal Poggetto MT, Barichello E, Cunha DF, Silva R, Alves PIC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de minas gerais. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2014[citado em 2016 maio 16];3(1):6473. Disponível em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/931/663>
 10. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Enferm Foco*. 2012[citado em 2016 maio 16];3(1):125. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/213/134>
 11. Coelho AR, Santos FS, Dal Poggetto MY. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *REME - Rev Min Enferm*. 2013[citado em 2016 maio 16];17(2):25867. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/649>
 12. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Coloproctol*. 2009[citado em 2016 maio 16];29(1):7782. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v29n1/v29n1a11.pdf>
 13. Silva SM, Melo CCL, Almeida SB, Queiroz HF, Soares AF. Complicações das operações de reconstrução do trânsito intestinal. *Rev Bras Coloproctol*. 2006[citado em 2016 maio 16];26(1):247. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n1/v26n1a02.pdf>
 14. Melotti LF, Bueno IM, Silveira GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. *J Coloproctol*. 2013[citado em 2016 maio 16];33(2):704. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v33n2/22379363jcol3302070.pdf>
 15. Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados João Pessoa, Brasil. *Gerokomos*. 2010[citado em 2016 maio 16];21(4):18390. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n4/helcos2.pdf>
 16. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Meneses LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. *Rev RENE*. 2013[citado em 2016 maio 16];14(2):301-10. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/235/pdf>
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População por religião (população presente e residente). [citado em 2016 dez. 18]. Disponível em: <http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP60&t=populacaoreligiao populacaopresenteresidente>.
 18. Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013[citado em 2016 maio 16];17(3):416-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/14148145ean17030416.pdf>
 19. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 dez. 2004. Seção 1:5.
 20. Presidência da República (BR). Portaria nº 12.738, de 30 de novembro de 2012. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*. 03 dez. 2012. Seção 1:2.
 21. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. ANS TABNET. [citado em 2016 maio 16]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgibin/dh?dados/tabnet_pl.def
 22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil Rio de Janeiro: INCA; 2015.
 23. Secretaria da Segurança Pública (SP). Comunicado Lei 9.155/95. Resolução 161/01. Indicadores da criminalidade do Estado de São Paulo. Estatísticas Trimestrais. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 25 mai. 1995. Seção 1:1.
 24. Sobral HAC, Carvalho RB, Salem JB, Sarmanho L, Albuquerque IC, Formiga GJS. Fechamento de colostomias: com ou sem estudo do cólon? *Rev Bras Coloproctol*. 2008[citado em 2016 maio 16];28(3):33437. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n3/a11v28n3.pdf>