

Análise clínica e sociodemográfica de pessoas com estomias: estudo transversal

Clinical and sociodemographic analysis of people with ostomies: a cross-sectional study

Análisis clínico y sociodemográfico de personas con estomas: estudio transversal

Ravena Rieelly Araujo Moura¹, Eliete Albano Azevedo Guimarães², Juliano Teixeira Moraes²

ORCID IDs

Moura RRA  <https://orcid.org/0000-0002-2725-6167>

Guimarães EAA  <https://orcid.org/0000-0001-9236-8643>

Moraes JT  <https://orcid.org/0000-0002-1109-962X>

COMO CITAR

Moura RRA, Guimarães EAA, Moraes JT. Análise clínica e sociodemográfica de pessoas com estomias: estudo transversal. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16: e3818. https://doi.org/10.30086/estima.v16.637_PT

RESUMO

Objetivos: Analisar aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas com estomias no estado de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado em 54 municípios, em 2016. Os dados foram coletados de 418 pessoas com estomia cadastradas a partir de um questionário estruturado. Realizou-se a análise descritiva dos dados, o teste de qui-quadrado de Pearson e a correção de Bonferroni. **Resultados:** A maioria das pessoas com estomias é idosa, do sexo masculino, tem baixa escolaridade e baixa renda salarial. A neoplasia maligna colorretal foi a principal causa e 14,3% são tratados com quimioterapia. Parte das estomias é do tipo colostomias permanentes com forma regular. Destaca-se, como principal complicação, a dermatite, e 45,5% não estão aptos a desenvolver o autocuidado. O tipo de estomia associou-se significativamente com a permanência da estomia, o estado civil e com a renda ($p < 0,05$). **Conclusão:** As pessoas com estomias necessitam de assistência relacionada à orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de suas complicações.

DESCRITORES: Estomia; Perfil de saúde; Serviços de saúde; Avaliação em saúde; Enfermagem; Estomaterapia.

¹Universidade Federal de São João del-Rei – Contagem/MG – Brasil.

²Universidade Federal de São João del-Rei – Curso de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação – Divinópolis/MG – Brasil.

Autor correspondente: Ravena Rieelly Araujo Moura | Rua Mopage, 307 – Novo Eldorado | CEP: 32341-200 – Contagem/MG – Brasil | E-mail: ravena.araujo@yahoo.com.br

Recebido: Ago 14 2018 | Aceito: Dez 15 2018

ABSTRACT:

Objectives: To analyze clinical and sociodemographic aspects of people with ostomies in the state of Minas Gerais. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 54 municipalities in 2016. Data were collected from 418 people with ostomies, registered from a structured questionnaire. Descriptive data analysis, the Pearson chi-square test and the Bonferroni correction were performed. **Results:** The majority of people with ostomies are elderly, male, have low schooling and low wage income. Colorectal malignant neoplasia was the main cause and 14.3% were treated with chemotherapy. Part of the ostomies is of the regular standing permanent colostomy type. The main complication highlighted is dermatitis, and 45.5% are not able to develop self-care. The type of ostomy was significantly associated with stomatal permanence, marital status and income ($p < 0.05$). **Conclusion:** People with ostomies need assistance related to self-care orientation, prevention and treatment of their complications.

DESCRIPTORS: Ostomy; Health profile; Health services; Health evaluation; Nursing; Stomatherapy.

RESUMEN

Objetivos: Analizar aspectos clínicos y sociodemográficos de personas con estomas en el estado de Minas Gerais. **Métodos:** Estudio de corte transversal realizado en 2016 en 54 municipios. Los datos fueron recolectados de 418 personas con estoma registrados a partir de un cuestionario estructurado. Se realizó el análisis descriptivo de los datos, la prueba de chi-cuadrada de Pearson y la corrección de Bonferroni. **Resultados:** La mayoría de las personas con estomas es anciana, de sexo masculino, tiene baja escolaridad y baja renta salarial. La neoplasia maligna colorrectal fue la principal causa y 14,3% son tratados con quimioterapia. Parte de las estomas es del tipo colostomías permanentes con forma regular. Se destaca, como principal complicación, la dermatitis, y 45,5% no están aptos para desarrollar el autocuidado. El tipo de estoma se asoció significativamente a la permanencia del mismo, el estado civil y con el ingreso ($p < 0,05$). **Conclusión:** Las personas con estomas necesitan asistencia relacionada a la orientación para el autocuidado, prevención y tratamiento de sus complicaciones.

DESCRIPTORES: Estoma; Perfil de salud; Servicios de salud; Evaluación de salud; Enfermería; Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A pessoa com estomia é aquela que foi submetida a uma cirurgia para a confecção de uma estomia. Dentre essas pessoas, incluem-se indivíduos de todas as idades e de diferentes perfis sociodemográficos. A construção de uma estomia pode ser uma possibilidade terapêutica de sobrevivência ante a um diagnóstico clínico, na maioria das vezes, de câncer colorretal, de fundamental importância para recuperação fisiológica e reabilitação dessa pessoa¹⁻³.

As estomias de eliminação mais frequentes são as urinárias e as intestinais. As urinárias são comumente denominadas de derivações urinárias, realizadas em pessoas com doenças que envolvem a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, e têm por objetivo preservar a função renal. As intestinais são indicadas quando alguma parte do intestino apresenta disfunção, obstrução ou trauma. Conforme a localização anatômica, a estomia recebe denominação própria, assim, a ileostomia é no íleo e a colostomia no cólon⁴⁻⁶.

O planejamento do cuidado à pessoa com estomia fundamenta-se na avaliação e no monitoramento das práticas de saúde, além do conhecimento das características sociodemográficas e clínicas dos portadores de estomias, já

que essa condição pode influenciar a assistência para além da demanda de cuidados específicos com a estomia, como modificar os hábitos de alimentação, o modo de vestir e a prática de atividades sexuais⁷.

Dada a relevância da análise de situação de saúde, dados epidemiológicos que retratam o perfil das pessoas com estomias ainda são escassos, devido, principalmente, às dificuldades de sistematização das informações de saúde⁷. A descrição das condições de saúde, doença ou adoecimento é uma medida necessária na gestão dos serviços, dos programas e das práticas do cotidiano desses serviços.

Assim, este estudo buscou analisar as condições clínicas e sociodemográficas de pessoas com estomias atendidas em seis Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (Saspo) do estado de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado na região oeste do estado de Minas Gerais, em 2016. Essa região abarca 54 municípios,

com o total de 1.218.354 habitantes, e atualmente tem seis Saspo; desses, cinco são classificados como tipo I e um como tipo II⁸.

O Saspo do tipo I realiza ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Já o do tipo II, além de desenvolver as atividades previstas no primeiro, trata complicações que podem surgir e realiza ações de capacitação de profissionais⁶.

Os critérios de inclusão para a coleta de dados foram: pessoas com estomias que estavam recebendo atendimento nos Saspo I e II e que possuíam a ficha cadastral da primeira avaliação de enfermagem e médica no momento de inserção aos serviços, até o período da coleta de dados, entre janeiro e abril de 2016. Foram analisados todos os prontuários de portadores de estomias atendidas nos seis serviços, sendo os dados coletados a partir das fichas de cadastro. Essas fichas contêm informações sobre as variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, idade, escolaridade e renda familiar), as características das estomias (estomia, permanência, formato, diâmetro e eliminação de efluentes) e as condições dessas pessoas (realização do autocuidado, forma do abdome, tratamento oncológico e complicações das estomias).

Realizou-se análise descritiva dos dados com apresentação da distribuição de frequência para as variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão. A variável quantitativa idade apresentou distribuição assimétrica, segundo o teste de normalidade Shapiro Wilk; assim, essa foi apresentada em mediana (P_{25} e P_{75}).

Para comparação de proporções, realizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson. Ressalta-se que, para identificação das possíveis diferenças encontradas, empregou-se a análise de proporção 2×2 . Nessa análise, utilizou-se a correção de Bonferroni, que altera o nível de significância (p) com intuito de evitar erros do tipo I derivados de múltiplas comparações. O nível de significância corrigido, após esse procedimento, foi de $p < 0,016^9$.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio dos *softwares* Epidata (versão 3.1. Epidata Association) e Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS), versão 19.0. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%.

Este estudo foi conduzido seguindo os rigores éticos da Resolução nº 466/2012, com parecer nº 1.251.725 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal São João del-Rei.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 418 pessoas com estomias cadastradas e ativas nos serviços, distribuídas em 52,1% ($n=218$) no Saspo I e 47,9% ($n=200$) no Saspo II. A idade dessas pessoas variou de 8 meses até 97 anos, com idade mediana de 64 anos ($P_{25}:0$; $P_{75}:97$). Mais da metade (52,9%, $n=221$) é do sexo masculino e 51,7% ($n=216$) são casadas.

Quanto à escolaridade, observou-se que 42,6% ($n=159$) cursaram o ensino fundamental, seguidos de 28,4% ($n=106$) semianalfabetos e 10,5% ($n=39$) analfabetos. A renda entre um e dois salários foi a mais expressiva, com 68,8% ($n=234$).

O câncer colorretal foi a principal causa de confecção de estomias, com 74,1% ($n=310$). Outras causas foram câncer de bexiga, de útero, doença de Crohn, gangrena de Fournier, obstrução e perfuração intestinal, representando 14,4% ($n=60$). Observou-se a ocorrência de 11,5% ($n=48$) de pessoas com estomias sem diagnósticos definidos.

Com relação às características das estomias, os tipos mais frequentes foram colostomias esquerdas (51,6%, $n=215$), colostomias direitas (18,7%, $n=78$) e ileostomias (17%, $n=71$). Mais da metade (56,6%, $n=237$) possuía a estomia definitiva e 73,2% ($n=271$) com formato regular. Quanto ao diâmetro, medido em milímetros (mm), a maior ocorrência apresentada foi entre 21-30 mm, com 29,9% ($n=118$), seguido de 28,7% ($n=113$) das estomias, com 31-40 mm. Também foi verificado que mais da metade (62,4%, $n=261$) demonstrou ter eliminação de efluentes com a consistência pastosa.

A maioria das pessoas com estomias (88,3%, $n=369$) utilizava bolsas drenáveis, sendo 56,8% ($n=222$) do tipo uma peça. Com relação ao uso de outros equipamentos e adjuvantes para o cuidado, foram registradas as indicações de pasta protetora, placa de resina sintética, cinto e, também, pó e coletor urinário, totalizando 41,4% ($n=173$).

Sobre as condições das pessoas com estomias, 51,9% ($n=206$) realizavam o autocuidado com as estomias e 23,4% ($n=93$) precisavam de auxílio para realizar o cuidado. Ainda, 94,4% ($n=368$) não estavam acamados e 22,8% ($n=60$) eram submetidos à radioterapia ou quimioterapia. Dentre as complicações mais frequentes, citam-se dermatite periestomal (15,5%, $n = 63$), hérnia paraestomal (11,6%, $n = 48$), prolapso (6,8%, $n = 28$) e retração (5,7%, $n = 23$).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de estomia. A análise mostrou que o tipo de estomia associou-se

significativamente com o estado civil ($p = 0,007$), renda ($p = 0,024$) e permanência da estomia ($p = 0,001$). Após a correção de Bonferroni, observou-se maior proporção de solteiros e viúvos entre aqueles com colostomia em relação àqueles com urostomia ($n = 191$; 45,8% vs. $n = 98$; 23,5%), e as pessoas com colostomia apresentaram menor renda em relação àqueles com ileostomia ($n = 78$; 18,6% vs. $n = 147$; 35,1%). A proporção de estomia definitiva foi maior, com 88,2% ($n = 369$) entre aqueles com urostomia, 59,8% ($n = 250$) com colostomia e 36,4% ($n = 152$) com ileostomia.

A Tabela 2 aponta a distribuição percentual de variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de Saspó e os resultados indicaram esse associou-se significativamente com a renda ($p < 0,001$), o autocuidado ($p < 0,001$) e a realização de quimioterapia ou radioterapia ($p < 0,040$). Observou-se que as pessoas com estomia do Saspó I apresentam maior renda em relação aos da Saspó II, com a proporção de renda acima de dois salários mínimos, e que as pessoas com estomias do Saspó II apresentaram maior proporção de não realizarem o autocuidado.

Tabela 1. Distribuição percentual de variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de estomia das pessoas com estomias da região oeste do estado Minas Gerais, 2016 ($n = 418$).

| Variáveis sociodemográficas e clínicas | Total | Ileostomia | Colostomia | Urostomia | p-valor* |
|---|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| | n (%) | | | | |
| Faixa etária (anos) | | | | | 0,362 |
| Menor de 20 | 18 (4,3) | 1 (1,5) | 14 (4,6) | 3 (6,2) | |
| 20 a 59 | 146 (34,9) | 29 (40,9) | 103 (35,2) | 13 (25,0) | |
| 60 ou mais | 254 (60,8) | 41 (57,6) | 176 (60,2) | 37 (68,8) | |
| Sexo | | | | | 0,079 |
| Feminino | 194 (46,5) | 34 (47,9) | 143 (48,8) | 17 (32,1) | |
| Masculino | 224 (53,5) | 37 (52,1) | 150 (51,2) | 36 (67,9) | |
| Estado civil | | | | | 0,007 |
| Casado ou amasiado | 246 (58,9) | 46 (64,7) | 159 (54,2) | 41 (76,5) | |
| Solteiro/viúvo/outros | 172 (41,1) | 25 (35,3) ^{ab} | 134 (45,8) ^a | 12 (23,5) ^b | |
| Escolaridade | | | | | 0,827 |
| Sem instrução | 163 (38,9) | 29 (41,3) | 115 (39,2) | 18 (33,3) | |
| Ensino fundamental | 178 (42,6) | 32 (44,4) | 121 (41,5) | 25 (46,7) | |
| Ensino médio ou superior | 77 (18,5) | 10 (14,3) | 57 (19,3) | 10 (20,0) | |
| Renda (salários mínimos) | | | | | 0,024 |
| Até 2 | 326 (77,9) | 46 (64,9) | 238 (81,4) | 40 (75,0) | |
| Mais que 2 | 92 (22,1) | 25 (35,1) ^a | 55 (18,6) ^b | 13 (25,0) ^{ab} | |
| Permanência de estomia | | | | | <0,001 |
| Definitiva | 249 (59,5) | 26 (36,4) | 175 (59,8) | 47 (88,2) | |
| Temporária | 169 (40,5) | 45 (63,6) ^a | 118 (40,2) ^b | 6 (11,8) ^c | |
| Autocuidado | | | | | 0,452 |
| Sim | 218 (52,0) | 35 (49,2) | 158 (53,9) | 24 (45,1) | |
| Não | 200 (48,0) | 36 (50,8) | 135 (46,1) | 29 (54,9) | |
| Pessoa com estomia acamada | | | | | 0,413 |
| Não | 394 (94,3) | 65 (92,2) | 276 (94,2) | 52 (98,0) | |
| Sim | 24 (5,7) | 6 (7,8) | 17 (5,8) | 1 (2,0) | |
| Submetendo-se à quimioterapia ou radioterapia | | | | | 0,283 |
| Não | 323 (77,2) | 49 (68,8) | 233 (79,5) | 40 (76,0) | |
| Sim | 95 (22,8) | 22 (31,3) | 60 (20,5) | 13 (24,0) | |

Valores em negrito significam $p < 0,001$. *Teste de qui-quadrado. As proporções com letras em comum na linha são iguais estatisticamente segundo a correção de Bonferroni ($p > 0,05$). Fonte: Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (Saspó) da região oeste do estado de Minas Gerais, 2016.

Tabela 2. Distribuição percentual das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo o tipo de Saspo da região oeste do estado de Minas Gerais, 2016 (n=418).

| Variáveis sociodemográficas e clínicas | Total | Saspo I n (%) | Saspo II | p-valor* |
|---|------------|------------------|------------|-------------------|
| Faixa etária (anos) | | | | 0,325 |
| Menor de 20 | 18 (4,3) | 8 (3,9) | 10 (5,1) | |
| 20 a 59 | 146 (34,9) | 83 (38,0) | 62 (31,1) | |
| 60 ou mais | 254 (60,8) | 127 (58,1) | 128 (63,8) | |
| Sexo | | | | 0,583 |
| Feminino | 194 (46,5) | 98 (45,1) | 96 (47,8) | |
| Masculino | 224 (53,5) | 120 (54,9) | 104 (52,2) | |
| Estado civil | | | | 0,663 |
| Casado ou amasiado | 246 (58,9) | 130 (60,0) | 116 (57,8) | |
| Solteiro/viúvo/outros | 172 (41,1) | 88 (40,0) | 84 (42,2) | |
| Escolaridade | | | | 0,659 |
| Sem instrução | 163 (38,9) | 81 (37,3) | 82 (41,0) | |
| Ensino fundamental | 178 (42,6) | 93 (42,8) | 84 (42,2) | |
| Ensino médio ou superior | 77 (18,5) | 44 (19,9) | 34 (16,8) | |
| Renda (salários mínimos) | | | | < 0,001 |
| Até 2 | 326 (77,9) | 153 (70,0) | 175 (87,5) | |
| Mais que 2 | 92 (22,1) | 65 (30,0) | 25 (12,5) | |
| Permanência de estomia | | | | 0,659 |
| Definitiva | 249 (59,5) | 131 (60,3) | 116 (58,1) | |
| Temporária | 169 (40,5) | 87 (39,7) | 84 (41,9) | |
| Autocuidado | | | | < 0,001 |
| Sim | 218 (52,0) | 140 (64,4) | 78 (39,2) | |
| Não | 200 (48,0) | 78 (35,6) | 122 (60,8) | |
| Pessoa com estomia acamada | | | | 0,496 |
| Não | 394 (94,3) | 204 (93,6) | 190 (95,2) | |
| Sim | 24 (5,7) | 14 (6,4) | 10 (4,8) | |
| Submetendo-se à quimioterapia ou radioterapia | | | | 0,040 |
| Não | 323 (77,2) | 156 (71,4) | 164 (82,1) | |
| Sim | 95 (22,8) | 62 (28,6) | 36 (17,9) | |

Valores em negrito significam $p < 0,001$. *Teste de qui-quadrado. Fonte: Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (Saspo) da região oeste do estado de Minas Gerais, 2016.

DISCUSSÃO

A análise de dados revelou a ocorrência de pessoas com estomia com mais de 60 anos, corroborando os estudos nacionais e internacionais¹⁰⁻¹². Os idosos têm características únicas e são mais vulneráveis às doenças crônico-degenerativas, dentre elas as neoplasias, doença de maior incidência em pessoas com idade acima de 50 anos¹. Em se tratando de idosos, os profissionais de saúde devem compreender para além da condição de estar com uma estomia, pois poderá ocorrer, conjuntamente, a presença de outras mudanças

relacionadas ao envelhecimento que também podem interferir no autocuidado.

Não houve diferenças quanto ao sexo, apesar de que a maior ocorrência de estomias foi entre os homens, o que indica uma mudança no perfil de adoecimento dessas pessoas¹⁰⁻¹³. Outros estudos, no Brasil, mostraram maior prevalência de estomias do sexo feminino até 2012²⁻⁵. Ainda em relação ao sexo, acrescenta-se que os homens parecem ter mais dificuldade com ajustamento emocional após a

cirurgia, quando comparados com as mulheres mais idosas com estomias¹⁴.

Neste estudo, a principal causa da confecção da estomia foi o câncer colorretal, o que condiz com a diversidade de estudos nacionais realizados com pessoas com estomias. Em termos epidemiológicos, o câncer colorretal representa a terceira neoplasia mais comum em ambos os sexos e a segunda causa de morte em países desenvolvidos^{3,10,11}. No Brasil, o câncer colorretal é o segundo mais incidente em mulheres, com estimativa de 17.620 casos novos, e o terceiro mais incidente em homens, com 16.660 casos novos. O risco estimado é de 17,24 a cada 100 mil mulheres e 15,44 casos novos a cada 100 mil homens¹⁵.

No que diz respeito à escolaridade, os resultados apontaram de um lado, o predomínio de pessoas com baixa escolaridade e, de outro, que o nível de instrução não interfere no tipo de estomia realizada. Esse achado aponta para a importância das práticas de saúde voltadas para atividades promocionais que fortaleçam o autocuidado das pessoas com estomias. Sabe-se que quanto menor a escolaridade, maior o déficit de conhecimento sobre autocuidado, medidas preventivas e detecção precoce de complicações⁴. O maior nível educacional pode influenciar, ainda, nas atitudes das pessoas em relação à estomia e aos mecanismos adaptativos e, assim, facilitar sua nova condição de vida¹⁶. Nesse propósito, a educação é uma ferramenta necessária, que garante a inclusão participativa das pessoas com estomias na sociedade, no desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de novas adaptações perante as transformações físicas, psicológicas e sociais¹⁷.

A situação socioeconômica também pode interferir na qualidade de vida de uma pessoa com estomia⁵. A população com baixo poder aquisitivo poderá encontrar dificuldades na aquisição dos equipamentos e adjuvantes necessários para uma boa qualidade de vida, especialmente quando alguns desses produtos têm custo elevado e não são fornecidos pelos Sapo. Agrega-se, aos aspectos sociais, a participação da família, especialmente do cônjuge, como apoio essencial no processo terapêutico, de reabilitação e de reinserção social da pessoa com estomia¹⁸.

Um dos problemas enfrentados pelos casais diz respeito à condição de ter estomia e o quanto essa pode interferir na atividade sexual do casal. Um estudo realizado no Brasil mostrou que 36,1% mudaram suas práticas sexuais e 30,6% cessaram as relações íntimas após a confecção da estomia¹⁹. Para os cônjuges que têm parceiro com estomia, a eliminação

de gases, a presença de ruído e odor exalado pela estomia são fatores que incomodam a intimidade do casal.

Com os avanços na tecnologia, novos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança às pessoas com estomias estão sendo desenvolvidos, com objetivo de diminuir os problemas relacionados ao vazamento de fezes, odores e gases que interferem nas atividades da vida diária e geram sentimento de medo e vergonha^{19,20}. Ademais, torna-se essencial a familiarização com os novos dispositivos, selecionando-os adequadamente de acordo com as necessidades de cada tipo de estomia.

Quanto ao tipo de estomia, houve predominância da colostomia, seguida pela ileostomia, corroborando estudos nacionais^{10,11} e internacionais^{3,12}. A colostomia resulta de uma intervenção cirúrgica realizada nos tratamentos do câncer colorretal, geralmente de caráter definitivo e, portanto, causa grande impacto na condição de vida do portador de estomia e sua família^{5,11}.

A maior ocorrência de pessoas colostomizadas sugere o planejamento de uma assistência que consiga reduzir a presença de lesões periestomais e possibilite que essa pessoa possa realizar a irrigação, orientando quanto o tempo entre alimentação e evacuação, a condição de absorção de alimentos e medicamentos, dentre outros²¹.

É evidente a associação entre as estomias de caráter definitivo aos cânceres colorretal e urogenital e das temporárias ligadas aos traumas^{10,12}. O período de permanência das estomias está diretamente relacionado com o diagnóstico de indicação de sua confecção. É temporária quando se estabelece um determinado período de tempo, o qual pode ser de meses a anos, decorrente da necessidade de proteção de uma anastomose intestinal ou de um trauma abdominal. É definitiva quando a pessoa com estomia terá que conviver com a estomia por tempo indeterminado, realizada com objetivo de substituir a perda de função esfíntérica resultante de um tratamento cirúrgico^{11,18}.

Sobre o formato da estomia, o tipo regular reduz complicações, especialmente pela promoção da adaptação do equipamento coletor¹³. Nesta pesquisa, grande parte das estomias foi identificada com diâmetro de 21-30 mm. Identificar o diâmetro da estomia é essencial para o adequado plano de cuidados que possibilitará a seleção apropriada do equipamento e adjuvante e a adaptação ideal da base adesiva de barreira cutânea à estomia, evitando lesões cutâneas periestomais e promovendo maior conforto para a pessoa^{10,18}.

A confecção de uma estomia é potencialmente acompanhada de complicações, as quais, na maioria das vezes, são subestimadas. Estudos mostram que taxas de complicações relacionadas a estomias chegam a 60%^{12,13}. Das complicações pós-operatórias apresentadas na estomia e na pele, foram registradas, nos prontuários das pessoas com estomias da região estudada, dermatite, hérnia e prolapso. A origem das complicações pode ser consequência da ausência de consultas pré-operatórias, com destaque na escassez de demarcação da estomia no pré-operatório, pois a má localização dificulta o autocuidado, a visualização da pele e a troca de equipamentos¹⁸. Tais complicações podem resultar em desconforto devido ao escapamento frequente dos efluentes e à adaptação inadequada da placa na estomia.

Identificou-se, ainda, o uso de equipamento coletor drenável ou aberto do tipo sistema em uma peça pelas pessoas com estomias. No Brasil, outro estudo já demonstrou resultado semelhante em que 94,4% dessas pessoas utilizavam a bolsa de peça única, e todas as bolsas eram drenáveis ou abertas¹³.

Cabe destacar que a indicação do sistema coletor deve ser individualizada, de maneira a considerar as características da estomia de cada pessoa, assim como seu nível de instrução. Existe maior recomendação do sistema de uma peça, por esse equipamento necessitar de menos instruções, sendo a opção mais prática para o profissional de saúde, para a pessoa com estomia e para o cuidador menos instruído. Mesmo sendo essa a melhor opção, essa população ainda considera todas as informações muito complexas e se considera incapaz de aprender, já que a maioria desse público tem baixa escolaridade^{8,10,13,18}.

Constatou-se, na análise, que, além das bolsas fornecidas mensalmente pelo serviço, as pessoas com estomias recebem outros materiais adjuvantes, como placas, pós e pastas, que também são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e as indicações dos equipamentos e adjuvantes dependem do tipo de estomia, da consistência do efluente e da confecção cirúrgica^{10,13}.

Os resultados apontaram que metade dos portadores de estomias realiza o autocuidado. Contudo, a abordagem utilizada nesta pesquisa não possibilitou investigar a qualidade desse cuidado. Outros estudos, realizados em diferentes regiões do Brasil, apontaram que a maioria das pessoas com estomias teve dificuldades em realizá-lo, devido à falta de orientação ou de assistência de profissionais capacitados durante essa fase do tratamento^{1,10}. A ênfase no autocuidado tem sido descrita como alternativa para que

a pessoa com estomia participe ativamente do seu próprio cuidado, estimulando a responsabilidade pela continuidade dos cuidados capazes de evitar as complicações e alcançar a reabilitação.

Embora houvesse significância estatística entre as associações das características sociodemográficas e clínicas com o tipo de estomia, assim como dos tipos de Saspo com o autocuidado e a realização do tratamento oncológico, esses resultados não apresentam significância clínica entre si, ou seja, a interpretação dos resultados dos estudos mostrou resultados estatisticamente significativos, mas não clinicamente significativos, por não terem utilidade na prática clínica diária.

Foi considerado, como limitação deste estudo, o fato de que, por serem pesquisadas apenas pessoas com estomias vinculadas aos serviços públicos de saúde (SUS), não se pode inferir o real perfil dessa população na região. Outras limitações foram relacionadas à incompletude de campos em branco encontrados nas fichas da primeira avaliação da equipe dos Saspo, no momento de inserção das pessoas com estomias aos serviços, e no formulário padronizado pela Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que precisa ser atualizado.

Essas informações podem subsidiar a elaboração de propostas de estratégias de ações de saúde com vistas a melhorar as práticas de saúde e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado às pessoas com estomias.

CONCLUSÃO

As pessoas com estomias atendidas nos Saspo avaliados são, na maioria, idosas, com baixo nível de escolaridade e baixa renda salarial. A neoplasia maligna colorretal foi a principal causa e a estomia do tipo colostomia definitiva a de maior ocorrência. Os equipamentos coletores mais utilizados são os do tipo drenáveis, sistema uma peça, sendo utilizados adjuvantes do tipo placas, pastas e pós.

Este estudo apresentou, como pontos positivos: revelar os resultados sobre as características clínicas e sociodemográficas das pessoas com estomias, como informação necessária para a tomada de decisão ante a organização dos serviços locais; apontar para o aprimoramento da qualidade das informações dos prontuários; orientar sobre a necessidade de rever o formulário padrão utilizado pela SES/MG, bem como a

formação dos profissionais envolvidos nas atividades dos serviços, melhorando os registros da assistência prestada a essa clientela. As pessoas com estomias necessitam de assistência relacionada à orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações das estomias.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Moura RRA; Guimarães EAA e Moraes JT; Metodologia, Guimarães EAA e Moraes JT; Investigação, Moura RRA e Moraes JT; Redação – Primeira versão, Moura RRA; Guimarães EAA e Moraes JT; Redação – Revisão & Edição, Guimarães EAA e Moraes JT.

REFERÊNCIAS

1. Silva J, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS, Sasaki VDM. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. *Rev Rene (Online)*. 2014;15(1):166-73. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100021>
2. 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 (Rio J)*. 2013;33(2):70-4. <https://doi.org/10.1590/S2237-93632013000200005>
3. Sasaki VDM, Pereira APS, Ferreira AM, Pinto MH, Gomes JJ. Health care service for ostomy patients: profile of the clientele. *J Coloproctol (Rio J)*. 2012;32(3). <https://doi.org/10.1590/S2237-93632012000300005>
4. Lenza NFB, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS. O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*. 2013;26(1):139-45.
5. Luz ALA, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. *Cultura de los Cuidados*. 2014;18(39):115-23. <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.39.13>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. [Internet]. Brasília, DF; 2009. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf
7. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro*. 2014;22(1):101-8. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010015>
8. Ribeiro MS, Borges EL. Linha de cuidados da pessoa estomizada. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2015.
9. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
10. Salomé GM, Carvalho MRF, Junior MRM, Mendes B. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. *J Coloproctol (Rio J)*. 2015;5(2):106-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.02.002>
11. Neto MAFL, Fernandes DOA, Didoné EL. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. *J Coloproctol (Rio J)*. 2016;36(2):64-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2014.08.016>
12. Joyce P. Characteristics of the patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38(3):271-9. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182152bbf>
13. Miranda SM, Luz MHBA, Sonobe HM, Andrade EMLR, Moura ECC. Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com estomia em Teresina. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2016;14(1):29-35. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201600010005>
14. Skeps R, McMullen CK, Wendel CS, Bulkley J, Grant M, Mohler J et al. Changes in body mass index and stoma related problems in the elderly. *J Geriatr Oncol*. 2013;4(1):84-9. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2012.10.172>
15. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Brasília, DF: 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>
16. FanCheng MD, Ai-fengMeng BD, Li-Fang Yang BD, Yi-nan Zhang, BD. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Manage*. 2013;59(7):35-8.
17. Grant Ma, Corkle RM, Hornbrook MC, Wendel SC, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self-management program. *J Cancer Educ*. 2013;28(1):70-8. <https://doi.org/10.1007/s13187-012-0433-1>
18. Silva AC, Silva GNS, Cunha, RR. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do Serviço de Estomaterapia do Município de Belém-PA. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2012;10(1).
19. Silva AL, Kamada I, Sousa JB, Vianna AL, Oliveira PG. Singularidades da convivência do cônjuge e seu parceiro estomizado. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2016;14(2):68-75. <https://doi.org/10.5327/Z18063144201600020004>
20. Diebold L. Stoma and shame: engaging affect in the adaptation to a medical device. *Aust J Adv Nurs*. 2016;34(1):32-41.
21. Moraes JT, Assunção RS, Sá FS, Lessa ER, Corrêa LS. Perfil de pessoas estomizadas de uma região de saúde mineira. *Enferm Foco*. 2016;7(2):22-6.