









Construção de protocolo de assistência perioperatória destinado às pessoas com estomia intestinal

André Lucas de Lima Dias¹ , Wagner Felipe dos Santos Neves² , Fernando Conceição de Lima^{1,*} ,
Tais dos Passos Sagica¹ , Antonio Jorge Silva Correa Júnior² , Clarissa Porfírio Mendes¹ ,
Helena Megumi Sonobe² , Mary Elizabeth de Santana¹ 

RESUMO

Objetivo: Construir um protocolo de enfermagem para guiar a assistência perioperatória de pessoas com estomia intestinal. **Método:** Estudo metodológico realizado entre os meses de março a junho de 2022, com abordagem quantitativa. Este foi segmentado em três etapas: 1) fase exploratória para apurar características do público-alvo com aplicação de questionário; 2) definição das recomendações perioperatórias com base no *Enhanced Recovery After Surgery*®; 3) produção. A análise dos dados quantitativos contou com estatística descritiva simples. **Resultados:** Dez pacientes responderam no pré-operatório, no pós-operatório, somente seis responderam. Na assistência prestada às pessoas submetidas à confecção de estomia intestinal, o ensino pré-operatório pelo enfermeiro foi realizado para 50% dos casos, 90% relataram ausência da demarcação de estomia, 60% demonstraram autocuidado insuficiente e 60% a ocorrência de complicações pós-operatórias, tais como edema, descolamento mucocutâneo, dermatite de contato, hernia periestomal, maceração de bordas e granuloma. A proposta é composta de um fluxo assistencial com quatro linhas de seguimento na instituição e um consolidado com quatro eixos de condutas de enfermagem perioperatória, cada eixo do consolidado possui subeixos que pormenorizam diretrizes a serem implementadas. **Conclusão:** A análise situacional do público-alvo e das complicações perioperatórias demonstrou a factibilidade na construção de um protocolo de assistência perioperatória, visando às fases pré-operatório mediato, pré-operatório imediato, intraoperatório e pós-operatório.

DESCRITORES: Assistência perioperatória. Estomia. Complicações pós-operatórias. Protocolos clínicos. Estomaterapia. Enfermagem.

Construction of a Perioperative Care Protocol for Individuals with Intestinal Ostomies

ABSTRACT

Objective: To develop a nursing protocol to guide perioperative care for individuals with intestinal ostomies. **Method:** A methodological study conducted between March and June 2022, using a quantitative approach. The study was divided into three stages: 1) an exploratory phase to determine the characteristics of the target population using a questionnaire; 2) the definition of perioperative recommendations based on *Enhanced Recovery After Surgery*® (ERAS); and 3) the creation of the protocol. Data analysis involved simple descriptive statistics. **Results:** Ten (10) patients responded preoperatively, while only six (6) responded postoperatively.

¹Universidade do Estado do Pará – Belém (PA), Brasil. 

²Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. 

*Autor correspondente: fernandold158@gmail.com

Recebido: Fev. 17, 2024 | Aceito: Jul. 25, 2024

Como citar: Dias ALL, Neves WFS, Lima FC, Sagica TP, Correa Júnior AJ, Mendes CP, et al. Construção de protocolo de assistência perioperatória destinado às pessoas com estomia intestinal. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2024;22:e1535. https://doi.org/10.30886/estima.v22.1535_PT

Preoperative education was provided by nurses in 50% of cases. Findings showed an absence of ostomy site marking in 90% of cases, insufficient self-care in 60%, and postoperative complications in 60%, including edema, mucocutaneous separation, contact dermatitis, peristomal hernia, edge maceration, and granuloma. The proposed protocol consists of a care flowchart with four lines of follow-up within the institution and a consolidated framework with four key axes of perioperative nursing actions. Each axis includes sub-axes that detail specific guidelines to be implemented. **Conclusion:** The situational analysis of the target population and perioperative complications demonstrated the feasibility of developing a perioperative care protocol focused on the immediate preoperative, intraoperative, and postoperative phases.

DESCRIPTORS: Perioperative care. Ostomy. Postoperative complications. Clinical protocols. Enterostomal therapy. Nursing.

Certificación de un protocolo de asistencia perioperatoria para personas con estomías intestinales

RESUMEN

Objetivo: Construir un protocolo de enfermería para guiar los cuidados perioperatorios de personas con ostomía intestinal. **Método:** Estudio metodológico realizado entre marzo y junio de 2022, con un enfoque cuantitativo. Este se segmentó en tres etapas: 1) Fase exploratoria para determinar las características del público objetivo mediante un cuestionario; 2) Definición de recomendaciones perioperatorias basadas en el *Enhanced Recovery After Surgery*®; y 3) Producción. El análisis de datos cuantitativos se basó en estadísticas descriptivas simples. **Resultados:** Diez (10) pacientes respondieron preoperatoriamente; postoperatoriamente, solo respondieron seis (06). La enseñanza preoperatoria fue realizada en un 50% por los enfermeros, existiendo ausencia de demarcación de ostomía (90%), autocuidado insuficiente (60%) y aparición de complicaciones postoperatorias (60%), tales como edema, desprendimiento mucocutáneo, dermatitis de contacto, hernia periestomal, maceración de bordes y granuloma. La propuesta estuvo compuesta por un flujo de atención con cuatro líneas de seguimiento en la institución y un consolidado con cuatro ejes de conducta de enfermería perioperatoria, cada eje del consolidado tiene subejes que detallan lineamientos a implementar. **Conclusión:** El análisis situacional del público objetivo y de las complicaciones perioperatorias demostró la viabilidad de construir un protocolo de atención perioperatoria, dirigido a las fases preoperatoria mediata, preoperatoria inmediata, intraoperatoria y postoperatoria.

DESCRIPTORES: Atención perioperatoria. Estomía. Complicaciones posoperatorias. Protocolos clínicos. Estomaterapia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O processo adaptativo decorrente da cirurgia com confecção de estomia intestinal é influenciado por questões físicas, emocionais e socioculturais, e pode ser agravado pelo surgimento de complicações¹. Estima-se que 70% das pessoas com estomia intestinal apresentam uma intercorrência em um intervalo de dois anos, após a intervenção cirúrgica². As principais complicações são: sangramentos, edema, necrose, retração, separação mucocutânea, prolapso, estenose, hérnia e infecções cutâneas diversas³.

Nesse contexto, as alterações psicossociais associadas à mudança da imagem corporal potencializam conflitos no que concerne à autoestima, à autodepreciação, ao autocuidado e ao enfrentamento da condição de saúde⁴. Estas experiências psicoemocionais geram significativas mudanças sociais à pessoa e diminuição da qualidade de vida^{5,6}.

Os fatores potencializadores dessas complicações estão associados à necessidade de melhoria da assistência perioperatória⁷. As recomendações de boas práticas incluem técnicas cirúrgicas corretas, planejamento interprofissional de cuidados, identificação dos fatores sociodemográficos e de necessidades educacionais dos pacientes e de seus familiares, assim como a realização da demarcação de estomia⁸.

Destaca-se a importância de uma assistência perioperatória especializada e de qualidade, o que requer a elaboração de protocolos assistenciais, embasados em evidências científicas para a prática clínica. Os protocolos inovam por possibilitar a implementação dessa assistência e a melhoria da qualidade de cuidados em saúde^{9,10}.

OBJETIVOS

Construir um protocolo de enfermagem para guiar a assistência perioperatória de pessoas com estomia intestinal.

MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico, descritivo, com abordagem quantitativa. Este estudo foi realizado em três etapas:

1. Fase exploratória com a investigação das características do público-alvo;
2. Definição das recomendações de cuidados no perioperatório de pacientes com estomias intestinais;
3. Produção do protocolo.

Ressalta-se que não houve o processo final de validação de conteúdo e semântica. Para garantir o rigor metodológico, seguiu-se na primeira etapa o *checklist* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), recomendado pela Rede EQUATOR¹¹.

O cenário foi um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado no Norte do Brasil. No CACON, a pessoa com indicação cirúrgica com confecção da estomia intestinal é acolhida no ambulatório e encaminhada para a Clínica Cirúrgica Onco-abdômen, que possui 18 leitos. Nesta, realizam-se os cuidados pré-operatório mediato/imediato e pós-operatório mediato. Posteriormente à alta hospitalar, o serviço oferece seguimento ambulatorial, incluindo o serviço de estomaterapia para seguimento de pessoas com estomia intestinal.

Na primeira etapa, participaram pacientes cadastrados no serviço de oncologia do referido hospital que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, diagnosticados com câncer colorretal e com indicação para tratamento cirúrgico com confecção de estomia intestinal. Os critérios de exclusão foram: pessoas que não apresentavam condição psicológica e/ou cognitiva para resposta.

A coleta das informações ocorreu de março a junho de 2022. As informações específicas, pertinentes ao objetivo do estudo, foram colhidas em dois momentos distintos: no primeiro momento (pré-operatório), utilizou-se um questionário estruturado adaptado¹², em que sua aplicação durou aproximadamente 30 minutos, dividido em dois blocos de questões:

1. Dados sociodemográficos e de saúde e
2. Dados clínicos e terapêuticos.

A amostragem deu-se de forma não probabilística por conveniência, haja vista que os pesquisadores atuavam no referido hospital como residentes de enfermagem na clínica cirúrgica que recebia os pacientes com programação cirúrgica com confecção da estomia intestinal. A abordagem dos participantes ocorreu de acordo com o dia de internação para admissão hospitalar e retorno do bloco cirúrgico, não interferindo, dessa maneira, na rotina de serviço da equipe de saúde nem do participante. Ressalta-se que, durante o período de coleta, todos os pacientes da amostra realizaram cirurgias de urgência em um anexo ao lado da instituição, pois o bloco cirúrgico do hospital em estudo encontrava-se em reforma.

A abordagem dos participantes ocorreu nas enfermarias, à beira-leito, com o uso de biombos para aumentar a privacidade quanto à resposta dos questionários. Foi explicado sobre o que se tratava, bem como sobre todas as etapas da pesquisa, para que se destinava, o motivo e quando seriam realizadas as aplicações dos questionários. No segundo momento da coleta de informações, após a alta hospitalar, coletaram-se dados dos prontuários dos participantes do primeiro momento da investigação, por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores contendo: ocorrência de complicações de estomia e pele periestomal.

Os dados foram estruturados em planilhas, utilizando o Excel 2020, com posterior análise descritiva dos resultados, cujas variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão (DP), conforme a normalidade dos dados; enquanto as variáveis categóricas foram expressas como contagens e porcentagens.

Na segunda etapa, adotaram-se as recomendações do programa Enhanced Recovery After Surgery® (ERAS®) por apresentar melhores evidências para o cuidado perioperatório de pessoas com estomia intestinal. Esse programa foi escolhido por nortear os cuidados perioperatórios para a reabilitação e a segurança do paciente cirúrgico, com foco na redução da incidência de complicações pós-operatórias, redução do tempo de internação hospitalar e nos custos^{13,14}.

Na terceira etapa, após análise rigorosa dessas recomendações, associadas ao perfil de pacientes apurado, as recomendações foram adaptadas para a construção de protocolo de cuidados perioperatórios. O protocolo construído possui inicialmente um fluxo de itinerário terapêutico da pessoa com indicação de confecção de estomia intestinal. Para tanto, utilizou-se a plataforma digital paga denominada Lucidchart® para a diagramação inteligente do processo, com a evolução das etapas e tomadas de decisão. Em seguida, apresenta um consolidado com as principais ações e cuidados de enfermagem para com o paciente submetido a confecção de estomia intestinal.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição proponente, atendendo às recomendações da Resolução nº 466/12. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCDU) foi assinado pelos pesquisadores.

RESULTADOS

Caracterização de pessoas com indicação de confecção de estomia intestinal

Dez pacientes responderam à primeira parte do questionário, mas somente seis deram continuidade com seguimento no pós-operatório. O tempo para retorno, depois da cirurgia, foi de dez dias, e, após a consulta de retorno com os enfermeiros do hospital, os prontuários foram analisados. Houve proporção equitativa (50%) entre os gêneros feminino e masculino, assim como para os estados civis “solteiro” e “casado”, a média de idade foi de 58,8 (\pm DP=9). O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (30%). Em relação aos aspectos clínicos, quanto às comorbidades, observou-se que os fatores de risco para o câncer foram: o etilismo (50%), o tabagismo (60%) e o sedentarismo (60%). A maioria negou ou desconhecia algum tipo de alergia (70%) (Tabela 1).

A confecção de estomia intestinal foi indicada dado o câncer colorretal em sua totalidade (100%); e os tratamentos complementares implementados foram quimioterapia (60%) e radioterapia (60%). Na assistência prestada às pessoas submetidas à confecção de estomia intestinal, identificou-se a educação em saúde pré-operatória pelo enfermeiro (50%). Verificou-se a ausência da demarcação de estomia pré-operatória na maioria dos casos (90%) e a presença do sentimento de ansiedade pré-operatória nos pacientes (60%).

No que concerne ao intraoperatório, os procedimentos cirúrgicos realizados foram retossigmoidectomia (50%) e amputação abdominoperineal de reto (50%), que resultaram na confecção de colostomias (80%) e ileostomias (20%). Dez dias após a alta hospitalar, 60 % apresentaram complicações (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os tipos de complicações de estomias dos pacientes (n=6) no pós-operatório, sendo a mais observada a dermatite de contato (66,66%) seguida de edema (50%). As demais complicações acometeram 16,67% dos pacientes.

Investigação quanto às recomendações internacionais de cuidado com estomias e construção do protocolo assistencial

A construção do protocolo seguiu as recomendações do programa ERAS® associadas à realidade da instituição e da investigação com público-alvo. Sendo composto de um fluxo assistencial (Figura 1) e um consolidado com as condutas e a assistência de enfermagem no perioperatório (Quadro 1)¹⁵.

DISCUSSÃO

Identificaram-se os possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de complicações de estomia e de pele periestomal, relacionados a hábitos alimentares e culturais da Região Norte¹⁶ e ao estilo — de vida, como a prática ou não de atividades físicas¹⁷, já que 60% da amostra inicial reportou não praticar atividades físicas, média de idade⁷ de 58,8 e nível de escolaridade¹⁸ baixo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes, Belém (PA), Brasil, 2024.

Características	Quantificações n (%)
Idade (anos)	
Média [±DP]	58,8 [9]
Mínimo-Máximo	48–78
Escolaridade	
Fundamental completo	2 (20)
Fundamental incompleto	3(30)
Médio completo	2 (20)
Médio incompleto	1 (10)
Superior completo	1 (10)
Superior incompleto	1 (10)
Renda (em salários mínimos)	
Menor que um	2 (20)
Um	5 (50)
Maior que um	3 (30)
Comorbidades	
Diabetes mellitus	
Sim	9 (90)
Não	1 (10)
Hipertensão arterial	
Sim	6 (60)
Não	4 (40)
Doença do trato gastrointestinal	
Sim	4 (40)
Não	6 (60)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2. Perfil clínico e terapêutico dos participantes do estudo, Belém (PA), Brasil, 2024.

Características	Quantificações n (%)
Diagnóstico	
Câncer colorretal	10 (100)
Tipo de estoma intestinal	
Ilestomia	2 (20)
Colostomia	8 (80)
Autocuidado pós-operatório para manejo dos estomas	
Bom	2 (20)
Regular	2 (20)
Insuficiente	6 (60)
Complicações pós-operatórias	
Sim	6 (60)
Não	4 (40)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 3. Complicações pós-operatórias relacionadas ao estoma intestinal, Belém (PA), Brasil, 2024.

Complicações da estomia e da pele periestomal	Quantificações n (%)
Edema	
Sim	3 (50)
Não	3 (50)
Descolamento mucocutâneo	
Sim	1 (16,67)
Não	5 (83,33)
Dermatite de contato	
Sim	4 (66,66)
Não	2 (33,34)
Hérnia periestomal	
Sim	1 (16,67)
Não	5 (83,33)
Maceração de bordas	
Sim	1 (16,67)
Não	5 (83,33)
Granuloma	
Sim	1 (16,67)
Não	5 (83,33)

Fonte: Elaborado pelos autores.

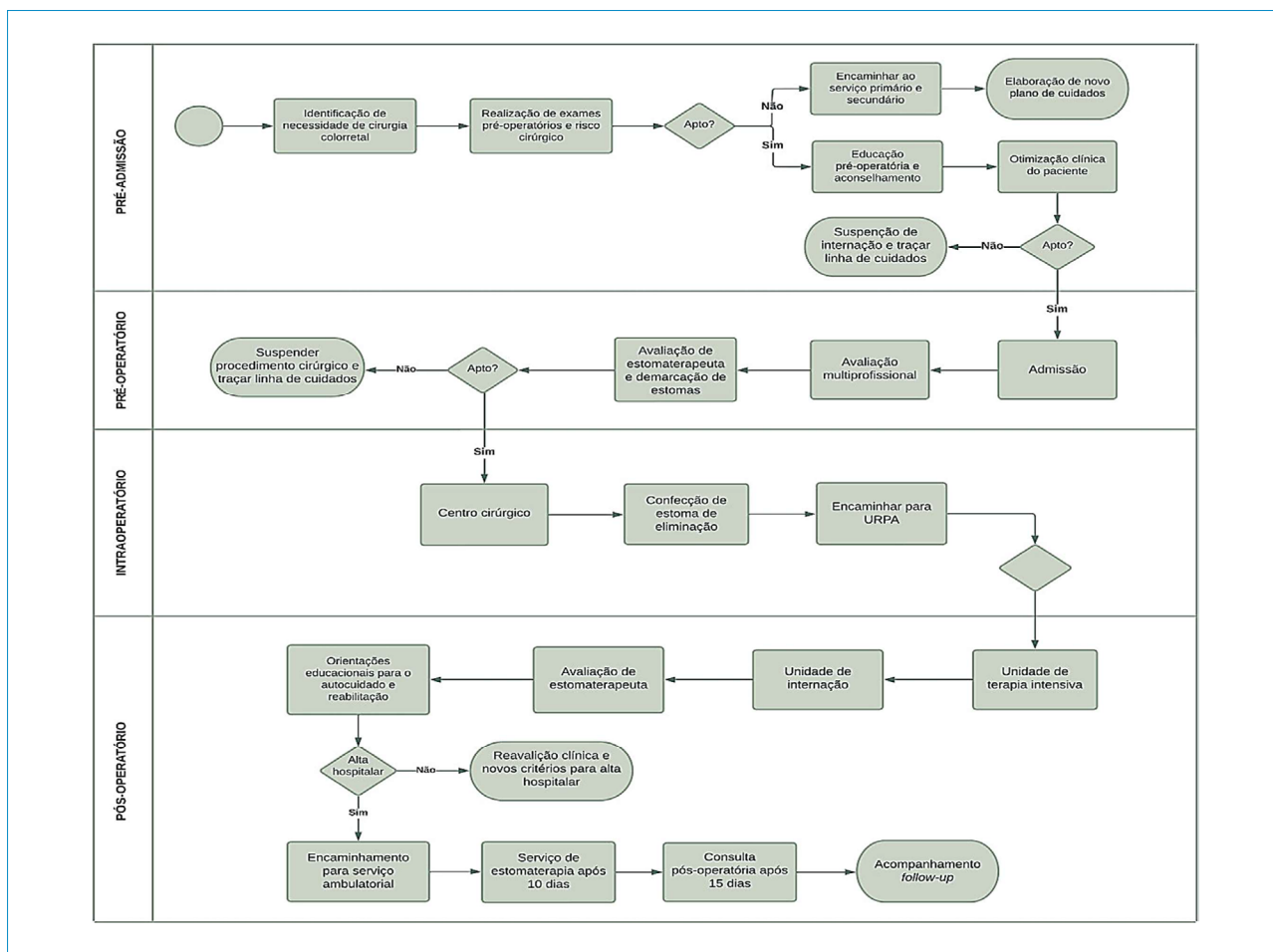
Verificou-se a presença de ansiedade, evidenciando a necessidade educacional desses pacientes, principalmente do enfermeiro no ensino perioperatório de pacientes com indicação cirúrgica para confecção de estomia intestinal e de seus familiares, associada à intervenção da demarcação da estomia pré-operatória, para a reabilitação e adaptação dessa clientela. Neste estudo, nove pacientes não receberam essas intervenções e apresentaram estado emocional alterado ou desenvolveram complicações pós-operatórias.

A dermatite de contato foi a complicação mais frequente neste estudo, no entanto, outras complicações de pele, como edema e hérnia periestomal, também foram identificadas. A ocorrência dessas complicações reforça a ideia da influência da ausência ou insuficiência de ensino para o autocuidado, acrescido de outros fatores, como longa permanência hospitalar, readmissões para reabordagens cirúrgicas, maiores gastos para a instituição¹⁹, além de potencializar problemas de cunho psicossocial, vinculados à autoimagem, à sexualidade e ao isolamento social⁶.

O uso de protocolos pode fomentar o gerenciamento em saúde adequado por favorecer um ambiente com informações e condutas adequadas entre a equipe multiprofissional, subsidiado pela avaliação do perfil clínico e terapêutico da clientela, pela tomada de decisão e por intervenções na prática assistencial, sejam educativas ou procedimentais, embasadas cientificamente¹⁰. Para as instituições, o uso de instrumentos norteadores como protocolo, além de garantir a excelência do serviço, gera melhores índices de satisfação entre usuários e profissionais²⁰.

As intervenções propostas no pré-operatório mediato objetivam o ensino pré-operatório e aconselhamento com a síntese de recomendações perioperatórias, ensino para o autocuidado, de forma dinâmica, incluindo-se simulações realísticas²¹ e recursos multimídias^{22,23} para apresentação do conhecimento e oferta de suporte psicossocial da equipe multiprofissional. Também há a otimização clínica multimodal para identificação, prevenção e minimização dos riscos para complicações associadas às condições crônicas e aos hábitos de vida²⁴, aos aspectos nutricionais e de gerenciamento da anemia¹³.

As intervenções pré-operatórias propõem o início da antibioticoterapia e preparo da pele para prevenção de infecções, necessidade de preparo intestinal, a depender do quadro clínico, e avaliação de desequilíbrio hidroeletrólítico do paciente, abreviação do jejum e carga de carboidratos dadas as alterações metabólicas e prevenção de complicações pós-operatórias, controle de hidratação pré-operatória e demarcação de estomia, por enfermeiro capacitado para confecção adequada da estomia, e prevenção de complicações de estomia e de pele periestomal^{3,13}.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 1. Fluxograma do protocolo de assistência perioperatória para confecção de estomia intestinal em pessoas com câncer colorretal. Belém (PA), Brasil, 2024.

No intraoperatório, as ações incluídas no protocolo estão diretamente relacionadas à minimização dos riscos cirúrgicos, como a analgesia multimodal com agentes analgésicos de baixa duração para favorecer a sua reversão precoce, após o procedimento¹⁴. Preconiza-se, também, a termorregulação para prevenir complicações como a hipotermia e alterações de outros parâmetros vitais, para favorecer a recuperação pós-operatória. Ademais, as incisões cirúrgicas menos invasivas previnem os riscos de infecção do sítio cirúrgico, assim como diminuição de utilização de drenos abdominais e de cateteres nasogástricos e nasoenterais²⁴.

As intervenções pós-operatórias trazem a relevância da alta responsável, mediante a avaliação clínica e psicossocial, além de promover reforço do preparo, identificando o nível de confiança para o retorno domiciliar e a capacidade para o autocuidado²⁵. Nesse sentido, implementando o *follow up* ambulatorial em duas semanas pós-cirurgia colorretal, pode-se identificar lacunas de conhecimento e surgimento de complicações de estomia e pele periestomal. A contrarreferência da pessoa com estomia recém confeccionada para a unidade de referência para o seguimento especializado e o recebimento de equipamentos coletores e adjuvantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para assegurar a recuperação e reabilitação pós-operatória^{13,14}.

Torna-se necessária a definição de uma linha de cuidados e a educação permanente dos profissionais de saúde para a oferta de uma assistência especializada às pessoas com indicação cirúrgica para confecção de estomia intestinal. Portanto, profissionais, pacientes e familiares devem possuir conhecimentos sobre os direitos previstos na Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde (MS), que traçou as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS²⁶. Isso será fundamental para o seguimento das ações de cuidado no pós-operatório tardio.

Quadro 1. Protocolo perioperatório de enfermagem ante a confecção de estomia intestinal em pessoas com neoplasias colorretais. Belém (PA), Brasil, 2024¹⁵.

Pré-operatório mediato	
Educação pré-operatória e aconselhamento	Ensinar o paciente e os familiares sobre o procedimento cirúrgico; Explicar sobre os cuidados necessários após a estomização; Ensinar e estimular prática de autocuidado com os equipamentos coletores; Explicar sobre aspectos nutricionais e de hábitos de vida que podem otimizar ou prejudicar a recuperação cirúrgica; Monitorizar os exames pré-operatórios; Iniciar acompanhamento psicológico.
Otimização clínica do paciente	Identificar, prevenir e minimizar riscos para complicações; Utilizar escalas de avaliação multimodal; Gerenciar doenças crônicas; Investigar riscos para complicações sistêmicas; Recomendar sobre a necessidade de interrupção do tabagismo e etilismo; Monitorar capacidade física e estimular possíveis mudanças de hábitos.
Cuidados nutricionais	Avaliar riscos nutricionais; Indicar suplementação oral, caso haja necessidade; Mensurar peso e avaliar perda ponderal; Recomendar dieta e cuidados alimentares pós-operatórios.
Gerenciamento de anemia	Avaliar possíveis fatores desencadeantes; Solicitar exames laboratoriais para analisar concentração de hemoglobina; Indicar terapia oral; Considerar transfusão sanguínea, caso terapia oral seja insuficiente.
Pré-operatório imediato	
Antibioticoterapia e preparo da pele	Iniciar protocolo de prevenção de infecção de sítio cirúrgico; Administrar antibioticoterapia 60 minutos prévios ao procedimento; Recomendar antisepsia pré-operatória com clorexidina degermante; Orientar rebaixamento de pelos, com uso de tesoura.
Preparo intestinal	Recomendar não realização de lavagens intestinais; Realizar preparo mecânico ou enema, se prescrito, caso haja necessidade; Supervisionar alterações clínicas relacionadas ao desequilíbrio hidroeletrólítico pelo turno da manhã, tarde e noite.
Abreviação do jejum e carga de carboidratos	Recomendar ingestão de alimentos e líquidos claros 6h prévias ao procedimento; Ofertar carboidratos orais compostos de CHO-maltodextrina (800 ml no período noturno prévio à cirurgia e 400 ml em até 2 h do procedimento); Observar tolerância de dieta e alterações clínicas.
Controle de fluidos no pré-operatório	Avaliar controle hidroeletrólítico em ficha de balanço hídrico; Iniciar hidratação infusional, caso haja necessidade; Encaminhar ao procedimento apenas em quadro de equilíbrio volêmico.
Demarcação de estomia pré-operatória	Realizar o procedimento em lugar reservado ou beira-leito; Informar a importância do procedimento que vai ser realizado; Obter consentimento; Avaliar a amplitude de movimentos; Identificar a linha da cintura da pessoa, nas posições deitada, sentada e em pé; Expor o abdômen e verificar existência de cicatrizes, dobras cutâneas, hérnias, protuberâncias ósseas/crista ilíaca, locais de radiação, mamas pendentes e cicatriz umbilical; Identificar a borda do músculo reto abdominal; Identificar o ponto médio na linha diagonal imaginária entre as protuberâncias ósseas/crista ilíaca e a cicatriz umbilical; Solicitar para a pessoa se sentar, ficar de pé, lateralizar-se e se deitar para identificar quaisquer acidentes anatômicos com o local proposto; Confirmar com a pessoa se os possíveis locais da estomia são facilmente visualizadas por esta; Identificar o local no abdômen do paciente, com um marcador permanente de pele, após confirmação das posições corretas; Proteger a demarcação com filme transparente e orientar quanto aos cuidados para evitar que se percam as demarcações; Registrar a intervenção realizada, no prontuário do paciente.
Intraoperatório	
Analgesia	Priorizar abordagem multimodal, com analgesia peridural e agentes anestésicos gerais de curta duração; Monitorar bloqueio neuromuscular até reversão completa.

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Pré-operatório mediato	
Monitorização e controle de parâmetros vitais	Realizar monitorização multiparamétrica; Avaliar níveis de temperatura corporal; Prevenir hipotermia, com aquecedores e mantas térmicas; Atentar para níveis pressóricos e de saturação de oxigênio.
Acesso cirúrgico	Priorizar incisões minimamente invasivas; Considerar as localizações demarcadas para a confecção da estomia;
Drenos e cateteres	Minimizar a necessidade de inserção de drenos abdominais; Evitar inserção de cateteres nasogástricos e nasoenterais; Realizar inserção de cateter vesical de demora.
Pós-operatório	
Náuseas e vômitos	Garantir profilaxia antiemética (prescrição de um a três medicamentos); Avaliar sinais e sintomas gastrointestinais; Considerar utilização de terapias alternativas (musicoterapia, aromaterapia, acupuntura, entre outras).
Trombopprofilaxia	Iniciar protocolo de prevenção de trombose venosa profunda no pré- operatório; Orientar utilização de meias compressivas ou compressão pneumática intermitente, enquanto internado; Administrar heparina de baixo peso molecular uma vez ao dia, durante 28 dias, caso haja necessidade.
Controle de fluidos no pós- operatório	Garantir o equilíbrio hidroeletrólítico; Minimizar o uso de soro fisiológico a 0,9% ou soluções a base para realizar reposições de perdas; Considerar soluções balanceadas com cristaloides hipotônicos para reposições.
Remoção de cateter vesical	Verificar débito urinário e características da diurese; Considerar retirada no 1º dia de pós-operatório em pacientes de baixo risco e no 3º dia para aqueles com risco moderado e alto; Avaliar retenção urinária e necessidade de cateterismo intermitente, após retirada de cateter vesical de demora.
Ingesta oral e funcionamento intestinal	Iniciar dieta líquida a partir de 4h após cirurgia colorretal, mediante prescrição médica; Realizar progressão de dieta conforme tolerância do paciente e resposta clínica de funcionamento gastrointestinal; Considerar suspensão medicamentosa após plena aceitação de dieta; Supervisionar funcionamento intestinal.
Mobilização e deambulação	Iniciar mobilização de paciente, após retorno à unidade de internação; Estimular deambulação precoce, conforme condição clínica do paciente; Avaliar deambulação, garantir a sua realização, no mínimo duas vezes por dia, e aumentar a sua frequência, conforme capacidade do paciente.
Preparo para alta hospitalar e seguimento especializado	Avaliar condições clínicas para alta hospitalar; Garantir que a pessoa esteja ciente do quadro clínico e confiante para o retorno domiciliar; Promover a educação de reforço dos cuidados pós-operatórios ao paciente e familiar; Encaminhar para o serviço ambulatorial; Realizar <i>follow up</i> em duas semanas; Identificar necessidades educacionais e garantir ensino do autocuidado; Encaminhar à unidade de referência para aquisição de equipamentos coletores e adjuvantes e seguimento especializado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A limitação deste estudo relaciona-se ao tamanho da amostra e às peculiaridades durante o processo de coleta de dados, além das dificuldades do retorno de parte da amostra por conta do itinerário terapêutico dessas pessoas até o contexto ambulatorial. Destaca-se que o seguimento foi limitado pelo número de internações eletivas para esses procedimentos, pelo quadro clínico e pela ocorrência de um óbito pós-operatório. Dessa maneira, parte dos participantes não retornou para a consulta com a enfermeira capacitada para o manejo de estomias no ambulatório da instituição estudada.

Como recomendações, tem-se que a implementação do protocolo proposto após validação com *experts* e etapa clínica, em observância às recomendações do programa ERAS®, poderá promover um atendimento das pessoas, candidatas à confecção de estomia intestinal, podendo repercutir na qualidade de vida e na reabilitação destas. Além disso, propõe-se, como sugestão para estudos futuros, a sistematização do cuidado de enfermagem e intervenções da equipe multiprofissional para a pessoa que vivenciará o processo de estomização, favorecendo o encorajamento e o enfrentamento, com ensino perioperatório, traçando uma linha de cuidados efetiva para a prevenção de complicações e o seguimento especializado na atenção secundária do SUS.

CONCLUSÃO

A análise situacional do perfil das pessoas com estomia intestinal e características clínicas como a ocorrência de complicações perioperatórias em pacientes submetidos à cirurgia com estomização intestinal demonstrou a necessidade do protocolo de assistência perioperatória, sobretudo pela carência de demarcação de estomias.

A implementação de protocolos baseados em evidências científicas e nas etapas preconizadas pelo Protocolo ERAS® envolve questões administrativas e, principalmente, capacitação e envolvimento da equipe multiprofissional, com a adesão e padronização das práticas assistenciais à pessoa, candidata à confecção de estomia intestinal. Para o alcance dos objetivos do protocolo, é necessário reconhecer como metas para o seu aperfeiçoamento e sua implementação o desenvolvimento de estudos que promovam a capacitação da equipe multiprofissional, o estímulo a profissionais de enfermagem para qualificação em estomaterapia e áreas comuns, além da sensibilização de gestores sobre a importância do estabelecimento de um fluxo assistencial eficiente.

Considerou-se relevante a delimitação do perfil sociodemográfico, clínico e perioperatório para o embasamento da proposição do protocolo assistencial para pessoas, candidatas à confecção de estomia intestinal, detalhando diretrizes para o cuidado em cada uma das etapas do pré-operatório mediato, pré-operatório imediato, intraoperatório e pós-operatório, conforme preconiza o ERAS®.

Agradecimentos: Não se aplica.

Contribuições dos autores: ALLD: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, metodologia. WFSN: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – primeira redação, metodologia. FCL: escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, metodologia. TPS: escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, metodologia. AJSCJ: escrita – revisão e edição, supervisão, validação. CPM: escrita – revisão e edição, supervisão, validação. HMS: análise formal, escrita – revisão e edição, validação. MES: análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita – revisão e edição, supervisão, validação.

Disponibilidade de dados de pesquisa: Todos os dados foram gerados ou analisados no presente estudo.

Financiamento: Não se aplica.

Conflito de interesses: Nada consta.

REFERÊNCIAS

1. Rivet EB. Ostomy management: a model of interdisciplinary care. *Surg Clin North Am.* 2019;99(5):885-98. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.007>
2. Hsu MY, Lin JP, Hsu HH, Lai HL, Wu YL. Preoperative stoma site marking decreases stoma and peristomal complications: a meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020 May/Jun;47(3):249-56. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000634>
3. Thum M, Paula MAB, Morita ABSP, Balista AL, Franck EM, Lucas PCC. Complicações tardias em pacientes com estomias intestinais submetidos à demarcação pré-operatória. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther.* 2018;16:e4218. https://doi.org/10.30886/estima.v16.660_PT
4. Tomasi AVR, Santos SMA, Honório GJS, Girondi JBR. Convivendo com estomia intestinal e a incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210115. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0398pt>
5. Teles AAS, Pantoni LA, Neves WFS, Aguiar JC, Russo TMS, Paraizo-Horvath CMS, Correea Júnior AJS, Sonobe HM. Perioperative nursing care for patients with colorectal cancer: sociodemographic, clinical and therapeutic characterization. *Res Soc Dev.* 2021;10(7):e30310716599. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16599>
6. Qin F, Zhen L, Ye X, Wei H, Zhu M, Chen J, Shi L. Stigma and its influence on patients with temporary ostomy: a cross-sectional survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020 May/Jun;47(3):244-8. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000645>
7. Freitas JPC, Borges EL, Bodevan EC. Caracterização da clientela e avaliação de serviço de atenção à saúde da pessoa com estomia de eliminação. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther.* 2018;16:e0918. https://doi.org/10.30886/estima.v16.402_PT
8. Nunes MLG, Santos VLGG. Instrumentos de avaliação das complicações na pele periestomia: revisão integrativa. *Aquichan.* 2018;18(4):477-91. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.9>

9. Almeida AO, Dantas SRPE, Paula MAB, Silva JLG, Franck EM, Oliveira-Kumakura ARS. Development, validation and application of clinical simulation scenarios for assessment of stomatherapy specialists. *Rev Bras Enferm.* 2021 Mar;74(1):e20200360. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0360>
10. Figueiredo TWB, Mercês NNA, Lacerda MR, Hermann AP. Developing a nursing healthcare protocol: a case report. *Rev Bra Enferm.* 2018;71(suppl 6):2837-42. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>
11. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
12. Vieira FS. Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial [dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2014. <https://doi.org/10.11606/D.22.2014.tde-06022015-174658>
13. Carrilho MPG, Pontífice-Sousa P, Marques RMD. ERAS® program – nursing care for patients undergoing colorectal surgery. *Acta Paul Enferm* 2021;34:eAPE002105. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02105>
14. Mendes DIA, Ferrito CRAC, Gonçalves MIR. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2824-32. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>
15. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations: 2018. *World J Surg.* 2019 Mar;43(3):659-95. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
16. Queiroz ST, Costa VVL, Cunha RR, Araujo MS, Silva AF, Barros KS, Dias LNM, Barreto JTT, Amaral MPC. Consumo alimentar de macronutrientes e estado nutricional de pessoas com estomia. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther.* 2022;20:e1722. https://doi.org/10.30886/estima.v20.1224_PT
17. Freitas Nascimento MV, Vera SO, Silva MCR, Morais FF, Andrade EMLR, Bastos SNMAN. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. *Cienc Enferm.* 2018;24:15. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100215>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2022 Dec. 08]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
19. Ripollés-Melchor J, Varela MLF, Camargo SC, Fernández PJ, del Barrio ÁC, Martínez-Hurtado E, Casans-Francés R, Abad-Gurumeta A, Ramírez-Rodríguez JM, Calvo-Vecino JM. 2018. Aceleração da recuperação após protocolo cirúrgico versus cuidados perioperatórios convencionais em cirurgia colorretal. Um estudo de coorte em centro único. *Rev Bras Anestesiologia.* 2018;68(4):358-68. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.003>
20. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and barriers for the evidence-based practice in nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018 Jul-Aug;71(4):2030-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
21. Gonçalves NS, Gomes IV, Florêncio FC, Souza IBF, Serrano SQ. Atividade lúdica no processo educacional ao paciente estomizado. *Enferm Bras.* 2021;20(3):384-98. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i3.4813>
22. Heidari-Beni F, Esmailian S, Yousefi F, Zarei MR, Farahani MA. Comparison of face-to-face education and multimedia software education on adjustment of patients with intestinal ostomy: a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2022 Mar-Apr;49(2):152-7. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000854>
23. Wang SY, Chang TH, Han CY. Effectiveness of a multimedia patient education intervention on improving self-care knowledge and skills in patients with colorectal cancer after enterostomy surgery: a pilot study. *Adv Skin Wound Care.* 2021 Feb;34(2):1-6. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000725192.98920.c4>
24. Pontes JPJ, Mendes FF, Vasconcelos MM, Batista NR. Avaliação e manejo perioperatório de pacientes com diabetes melito. Um desafio para o anestesiológico. *Rev Bras Anestesiologia.* 2018;68(1):75-86. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.04.017>
25. Diniz IV, Costa IKF, Nascimento JA, Silva IP, Mendonça AEO, Soares MJGO. Factors associated to quality of life in people with intestinal stomas. *Rev Esc Enferm USP.* 2021 Aug;55:e20200377. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0377>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 [Internet]. [citado 2022 Dec. 08]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html