

Caracterização da clientela e avaliação de serviço de atenção à saúde da pessoa com estomia de eliminação

Characterization of the clientele and evaluation of health care service of the person with elimination stoma

Caracterización de la clientela y evaluación de servicio de atención a la salud de la persona con estomía de eliminación

Jaqueline de Paula Chaves Freitas¹, Eline Lima Borges¹, Emerson Cotta Bodevan²

ORCID IDs

Freitas JPC  <https://orcid.org/0000-0002-2688-2676>

Borges EL  <https://orcid.org/0000-0002-0623-5308>

Bodevan EC  <https://orcid.org/0000-0001-7471-9956>

COMO CITAR

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., 16: e0918. doi: 10.30886/estima.v16.402_PT.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar a clientela com estomia de eliminação e analisar o grau de implantação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Diamantina/MG. **Método:** Estudo descritivo e transversal. A amostra foi composta por 107 pessoas com estomia de eliminação cadastradas no período de outubro de 2013 a agosto de 2015. O estudo envolveu duas etapas nas quais se caracterizou o perfil da clientela e analisou toda a estrutura do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de acordo com questionários validados. **Resultados:** Constatou-se que a maioria dos participantes era composta de homens, idosos, com estomia recente, de raça branca, casados, com profissão de lavrador e ocupação de aposentado, escolaridade de 1 a 5 anos e faixa salarial de 1 a 2 salários mínimos. A doença precursora das estomias foi o câncer colorretal. O Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Diamantina pode ser caracterizado como nível II, com implantação satisfatória, porém não plena. **Conclusão:** Espera-se que esses achados possam subsidiar diretrizes de orientação multiprofissional e de políticas públicas.

DESCRITORES: Estomaterapia; Avaliação de serviços de saúde; Autocuidado

¹Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte/MG – Brasil.

²Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – Departamento de Matemática e Estatística – Diamantina/MG – Brasil.

Autor correspondente: Jaqueline de Paula Chaves Freitas | Rua Pedro de Alcântara, 400 B – Jardim Imperial | CEP: 39100-000 – Diamantina/MG – Brasil | E-mail: jaquelinechavesjp@yahoo.com.br

Recebido: Out 03 2016 | Aceito: Maio 12 2017

ABSTRACT

Objectives: To characterize clientele with elimination stoma and to analyze the degree of implementation of the Health Care Policy of Ostomized Person in Diamantina/MG. **Method:** Descriptive and cross-sectional study. The sample consisted of 107 people with elimination stoma registered in the period from October 2013 to August 2015. The study involved two stages in which the profile of the clientele was characterized and the entire structure of the Health Care Policy of Ostomized Person was analyzed according to validated questionnaires. **Results:** It was found that most of the participants were men, elderly, with a recent stoma, white colour, married, employed by a farmer and retired, schooling from 1 to 5 years and salary range of 1 to 2 minimum wages. The precursor disease of the stomas was colorectal cancer. The Health Care Policy of Ostomized Person in Diamantina can be characterized as level II, with satisfactory, but not full implantation. **Conclusion:** It is expected that these discoveries may support guidelines for multidisciplinary orientation and public policies.

DESCRIPTORS: Stomatherapy; Evaluation of health care service; Self-care

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar a clientela com estomia de eliminação e analisar o grau de implantação da Política de Atenção à Saúde de la Persona Ostomizada de Diamantina/MG. **Método:** Estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 107 personas con estomía de eliminación registrada en el periodo de octubre de 2013 a agosto de 2015. El estudio incluyó dos etapas en las cuales se caracterizó el perfil de la clientela y analizó toda la estructura del Servicio de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada de acuerdo con cuestionarios validados. **Resultados:** Se constató que la mayoría de los participantes estaba compuesta por hombres, adultos mayores, con estomía reciente, de raza blanca, casados, con profesión de labrador y de ocupación jubilados, escolaridad de 1 a 5 años y franja salarial de 1 a 2 salarios mínimos. La enfermedad precursora de las estomías fue el cáncer colorrectal. El Servicio de Atención a la Salud de la Persona Ostomizada de Diamantina puede caracterizarse como nivel II, con implantación satisfactoria, pero no plena. **Conclusión:** Se espera que estos hallazgos puedan asistir a las directivas de orientación multiprofesional y de políticas públicas.

DESCRIPTORES: Estomaterapia; Evaluación de servicios de salud; Autocuidado

INTRODUÇÃO

A confecção de uma estomia de eliminação ocorre em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização de parte do sistema digestório ou urinário através de uma abertura na parede abdominal^{1,2}. Esse procedimento é realizado para manter a função de excreção do órgão e provoca várias mudanças na saúde física, psicológica, social e sexual da pessoa que precisa conviver com essa condição^{3,4}, além de gerar a dependência de uma bolsa aderida ao corpo para coletar efluentes, que podem ser urina ou fezes, conforme o tipo de estomia¹.

As estomias urinárias são realizadas em pacientes com doenças que envolvem pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, com o objetivo de preservar a função renal⁵. A estomia intestinal é indicada quando alguma parte do intestino apresenta disfunção. Neste grupo, encontram-se a ileostomia, que se localiza no íleo, e a colostomia, derivada do intestino grosso. As estomias podem se caracterizar como um desvio temporário ou definitivo e estão relacionadas com diversas causas, como doenças inflamatórias intestinais, traumas e câncer colorretal⁶.

Para que haja uma adaptação do paciente a esse novo contexto, é necessária uma assistência multidisciplinar prestada por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e

nutricionistas que orientem medidas físicas e psíquicas de convívio com a estomia desde o período pré-operatório⁷.

No Brasil, existe uma crescente preocupação com este público confirmada por uma efetiva abordagem política que vem garantindo os direitos da pessoa com estomia, com oferecimento do atendimento multiprofissional e dispensação dos dispositivos coletores sem ônus para a pessoa.

O primeiro registro da atenção à saúde da pessoa com estomia no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em 1993, com a Portaria MS/GM nº 116, de 9 de setembro de 1993, na qual foi estabelecida uma tabela com recursos para aquisição dos dispositivos coletores e a obrigatoriedade de treinamento⁸.

Outro grande ganho foi a aprovação da Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, na qual foram estabelecidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS, caracterizando o Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO). Este serviço presta cuidado integral à saúde da pessoa com estomia⁹.

No nível ambulatorial, os SASPO são categorizados em nível I e nível II. O serviço I presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estomia, com uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro e assistente social, visando à sua reabilitação com ênfase no autocuidado, prevenção

de complicações e fornecimento de equipamentos coletores. O serviço II, além das atribuições do I, realiza tratamento de complicações e capacitação dos demais profissionais da rede, somando, na equipe mínima, nutricionista e psicólogo⁹.

De acordo com os resultados de pesquisa realizada em Minas Gerais no ano de 2011, a maioria dos SASPO não estava cumprindo as legislações que os regem, com déficits na estrutura física e profissional e em processos e resultados, não correspondendo ao grau de implantação previamente categorizado em I ou II, além da constatação de que, nestes serviços, os diagnósticos situacionais em relação aos dados epidemiológicos eram deficientes².

Na cidade de Diamantina, o atendimento à pessoa com estomia intestinal e urinária iniciou-se no Centro Especializado em Reabilitação (CER), em 1º de outubro de 2013, e atende à demanda proveniente das cinco microrregionais formadas pela própria Diamantina, por Curvelo, Guanhães, Araçuaí e Minas Novas/Turmalina/Capelinha, totalizando 51 municípios. Como esse serviço foi criado em 2013, ele não participou da avaliação realizada em 2011, portanto se faz necessário conhecer o perfil da clientela atendida nele, além da qualidade do serviço prestado.

A identificação de dados epidemiológicos para caracterização da clientela de um serviço de referência à pessoa com estomia e a obtenção de dados situacionais referentes à estrutura do serviço possibilitarão aos profissionais avaliar e compreender a situação de saúde como um todo e identificar falhas no programa, com consequente implementação de propostas para melhoria na qualidade de assistência e reabilitação do paciente. Também poderá fornecer aos gestores condições para decidir como enfrentar e resolver os problemas detectados no cotidiano deste serviço de saúde.

OBJETIVOS

Caracterizar a clientela com estomia de eliminação e analisar o grau de implantação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada do SASPO de Diamantina, no estado de Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal desenvolvido no SASPO do tipo II de um CER tipo IV de Diamantina/MG.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas; a primeira buscou a caracterização da clientela com estomia atendida e a segunda consistiu na avaliação do serviço.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, de estomia ou de múltiplas deficiências). Pode ser composto por dois (CER II), três (CER III) ou quatro ou mais (CER IV) serviços de reabilitação habilitados. Os CER credenciados na modalidade da reabilitação física devem ter o SASPO II incorporado, com abrangência regional, observando-se as diretrizes descritas na Portaria SAS/MS nº 400/2009 e na Portaria GM/MS nº 793/2012^{9,10}.

A primeira etapa deste estudo compreendeu todas as pessoas com estomia de eliminação cadastradas no SASPO de Diamantina/MG. Para fazer parte da pesquisa era preciso atender aos critérios que incluíam a existência de prontuário referente à pessoa com estomia de eliminação cadastrada neste serviço, no período de outubro de 2013 a agosto de 2015. A população constituiu-se de 107 pessoas, sendo 97 adultos e 10 crianças, estando 100% destes inseridos na pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as normas da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Obtiveram-se a anuência do CER de Diamantina/MG e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais por meio do CAAE nº 49365115.0.0000.5149. Na etapa referente à caracterização da clientela, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que os dados foram coletados de prontuários e o anonimato mantido. Na etapa em que o profissional respondeu ao questionário sobre a estrutura do serviço, aplicou-se o TCLE.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2015. Na etapa do estudo sobre a caracterização da clientela, foram coletados dados de identificação do paciente e referentes às variáveis demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, clínicas e comportamentais. Os dados foram extraídos de fonte secundária, coletados das fichas “Cadastro da Pessoa Estomizada” e “Avaliação de Enfermagem da Pessoa Estomizada”, preenchidas em sistema eletrônico durante a primeira consulta do paciente no SASPO. As fichas são questionários sistematizados em formato *check-list* que incluíam também dados sobre o nível de entendimento do paciente a respeito da cirurgia realizada e o motivo da construção da estomia e a capacidade de realização do autocuidado após as primeiras orientações.

A segunda etapa do estudo consistiu na avaliação do serviço. Os dados foram coletados baseados em instrumentos específicos, validados por Moraes², para avaliação do grau de implantação dos SASPO. O critério para a escolha do profissional responsável pelo preenchimento destes instrumentos foi aquele que detivesse todas as informações pertinentes à estrutura e ao funcionamento do SASPO, excluindo-se a pesquisadora que era parte da equipe profissional. Portanto, foi selecionado o médico-cirurgião geral para participar da pesquisa.

Todos os dados referentes à caracterização da clientela foram digitados em uma planilha Excel®, transportados e analisados por meio do pacote estatístico R* (versão 3.2.2).

Para análise da qualidade do SASPO, o instrumento escolhido possui um algoritmo de cálculo de escore também validado para este fim². Cada resposta recebeu um valor associado ao escore e estes, somados, determinaram a nota do serviço. A padronização destes escores foi estabelecida em 80 pontos distribuídos entre estrutura (30 pontos) e processo (50 pontos). A estrutura foi analisada em dois fatores: estrutura física (15 pontos) e recursos profissionais (15 pontos). A pontuação referente ao processo foi distribuída entre atividades de atenção à saúde individual (30 pontos) e de atenção ampliada (20 pontos), que correspondem às atividades dos SASPO I e II, respectivamente².

Baseando-se nessas pontuações, pode-se confirmar o verdadeiro grau de implantação do serviço e o seu nível de qualidade. Este cálculo foi realizado da seguinte maneira: somatório observado/somatório das pontuações máximas multiplicados por 100. A partir desses percentuais, define-se a classificação do SASPO, adotando-se os critérios: estrutura e processo com implantação plena, quando a pontuação obtida alcança percentuais entre 80,0% a 100,0%; implantação satisfatória, de 60,0% a 79,9%; implantação incipiente, de 40,0% a 59,9%; e não implantado, abaixo de 40,0%².

RESULTADOS

Na primeira etapa do estudo sobre caracterização da clientela, a amostra foi composta por 107 participantes, sendo 97 adultos e 10 crianças, avaliados separadamente a fim de evitar vieses relacionados às diferenças da faixa etária. As variáveis relacionadas à naturalidade e à procedência foram analisadas de acordo com o total de pacientes; para as variáveis demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas,

clínicas e comportamentais consideraram-se adultos e crianças separadamente.

Quanto à naturalidade e à procedência, a maioria era da cidade de Diamantina. Ao se analisar a procedência de acordo com a Microrregional de Saúde assistida, 59,8% eram da microrregião de Diamantina, seguidos de 26,2% da microrregional denominada Minas Novas/Turmalina/Capelinha.

Dos pacientes adultos inseridos no programa, 45,8% tinham estomia recente, com 0 a 6 meses de tempo desde a cirurgia até o cadastro no programa, seguidos de 19,8% que possuíam estomia entre 1 e 5 anos de cirurgia. Com relação ao estado civil, 41,7% eram casados, 28,1% viúvos e 19,8% solteiros. A profissão predominante durante a vida ativa foi de lavrador (37,8%) e a ocupação no momento do cadastro foi de aposentado (54,2%), seguida pela de pensionista (20,8%); 19,8% recebiam benefício por afastamento temporário. A escolaridade apresentada foi 1 a 5 anos de estudos (39%) ou nenhum estudo (28,4%). A renda mensal individual foi embasada no valor do salário mínimo vigente e 80,2% recebiam de 1 a 2 salários, seguidos de 14,6% com nenhuma renda fixa.

Quanto às variáveis epidemiológicas, a maioria dos pacientes era idosa com idade superior a 60 anos (51,4%), do sexo masculino (54,2%) e branca (60,8%). A doença associada prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (48,5%) e 37,1% negaram qualquer tipo de doença prévia. A neoplasia do reto foi a doença prevalente precursora da estomia (19,6%). Ao se considerar o câncer colorretal, incluindo o comprometimento do reto, do cólon e da junção retossigmoide, essa porcentagem alcançou 32,7%. Outra causa frequente foi o megacólon decorrente da doença de Chagas (11,2%) (Tabela 1).

Em relação às variáveis clínicas, 82,6% da amostra não apresentavam déficits relacionados à locomoção e a medicação mais frequente foi o anti-hipertensivo (45,4%). Verificou-se que 40,2% dos pacientes foram submetidos à laparotomia de urgência, 30,9% à eversão em alça e 27,8% à hemicolecomia. Em relação ao tipo de construção da estomia, 56,7% eram temporárias e 43,3% eram permanentes; sendo 20,6% colostomias descendentes em alça, 18,6% colostomias à Hartman, 14,4% colostomias terminais por amputação abdominoperineal e os demais 46,4% somando estomias tipo Bricker, colostomias ascendentes e transversas em alça, ileostomias em alça, dentre outros.

A consistência do efluente, em se tratando de fezes, no momento da admissão ao serviço era pastosa (39,2%),

Tabela 1. Distribuição das variáveis epidemiológicas (n = 107) referentes à caracterização da clientela com estomia do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Diamantina/MG.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
0 a 11	10	9,3
12 a 18	2	1,9
19 a 59	40	37,4
60 ou mais	55	51,4
Gênero		
Feminino	49	45,8
Masculino	58	54,2
Raça/etnia		
Branca	65	60,8
Indígena	1	0,9
Negra	13	12,1
Parda	28	26,2
Comorbidades¹		
Cardiopatia	10	10,3
Diabetes <i>mellitus</i>	7	7,2
Doença de Chagas	12	12,4
Hipertensão arterial sistêmica	47	48,5
Hipercolesterolemia	5	5,2
Nega*	36	37,1
Outros	33	34,0
Doença precursora da estomia		
Megacólon da doença de Chagas	12	10,2
Neoplasia da bexiga	11	10,3
Neoplasia da junção retossigmoide	6	5,6
Neoplasia do colo do útero	6	5,6
Neoplasia do cólon	8	7,5
Neoplasia do reto	21	19,6
Traumatismo do cólon	7	6,5
Traumatismo do reto	6	5,6
Outros	30	28,1

¹Vários pacientes apresentaram mais de uma comorbidade. *Negaram qualquer comorbidade.

formada (28,9%), líquida (8,2%) e semipastosa (7,2%); em se tratando de urina, 15,5% apresentavam características normais e 1,0% era concentrada.

A localização prevalente da estomia no abdome era no quadrante inferior esquerdo, totalizando 54,6% da amostra. As características predominantes da estomia foram formato

regular redondo (83,5%), diâmetro de 20 a 38 mm (57,0%) e nível de protrusão em relação à pele de 0 a 15 mm (79,3%). Destaca-se que 62,9% possuíam estomias protrusas e 30,9% planas, sendo que alguns pacientes tinham retração e prolapso, 4,1% e 2,1%, respectivamente. As complicações apresentadas por 53,6% dos pacientes foram dermatite periestoma (37,1%) e hérnia paracolostômica (17,5%).

Ao se avaliar o entendimento do paciente sobre a cirurgia realizada e o motivo que levou à construção da estomia, 52,6% das pessoas com estomia apresentavam total entendimento, 38,1% tinham entendimento parcial e 9,3% compareceram ao serviço sem algum entendimento sobre a sua real situação. Ao final da primeira consulta dos pacientes, identificou-se que 74,2% estavam aptos à prática do autocuidado, 15,5% relataram dependência parcial e 10,3% apresentaram total dependência.

Em relação às crianças (10), a idade variou de 0 a 6 meses para seis crianças, 7 a 11 meses para duas crianças, uma criança entre 1 e 5 anos e uma entre 6 e 10 anos. Apenas uma tinha comprometimento de mobilidade. As medicações mais comuns eram antianêmicos (25%) e suplementação vitamínica (25%). Quanto às características da estomia e do efluente, seis crianças apresentaram estomia há menos de seis meses. O procedimento cirúrgico mais comum, assim como nos adultos, foi a laparotomia de urgência com construção da estomia tipo colostomia descendente em alça (30%). Ileostomia em alça e vesicostomia representaram ambas 20% da amostra. Os demais 30% somaram estomias tipo colostomia dupla boca adjunta, terminal e transversa em alça. A maioria apresentava efluente semipastoso. Todas as crianças possuíam estomias com possibilidade de reversão no futuro e cinco possuíam estomia no quadrante inferior esquerdo do abdome. A maioria das estomias era regular e redonda (90%), com diâmetro entre 0 a 19 mm (44,4%) e protrusão em relação à pele (100%). A complicação mais comum foi a dermatite (50%). Uma criança apresentou capacidade parcial de autocuidado, sendo as demais totalmente dependentes dos adultos. Quanto à análise do entendimento sobre o ato cirúrgico e o motivo da construção da estomia, este não foi observado em nenhuma criança.

A segunda etapa do estudo consistiu na avaliação do serviço por meio da Matriz de Análise e Julgamento dos SASPO. Os escores obtidos em estrutura e recursos humanos foram 26 pontos (total de 30 pontos), dando-se destaque à falta de banheiro adaptado à pessoa com estomia, à presença de enfermeiro capacitado em detrimento do estomaterapeuta

e à ausência de agente administrativo. Na dimensão processo, relacionada às atribuições e atividades dos profissionais, a pontuação obtida foi de 31 pontos (total de 50 pontos), havendo subtração nos itens referentes à organização de atendimentos, ao cadastro e à atualização de dados, à orientação e à capacitação de outros profissionais da rede.

Os dispositivos coletores e adjuvantes eram dispensados diariamente e os de maior uso dentre os pacientes eram as bolsas de colostomia de uma e duas peças drenáveis e opacas, seguidas dos dispositivos urinários e dispositivos intestinais fechados. O aspecto avaliado como prioritário ao se indicarem dispositivos coletores era a confiança no equipamento.

Em relação ao cálculo do verdadeiro Grau de Implantação do serviço e do seu nível de qualidade: somatório observado (57 pontos)/somatório das pontuações máximas (80) × 100, obtendo-se 71,25% e alcançando-se o parâmetro de implantação satisfatória dentre os níveis de classificação.

DISCUSSÃO

É de extrema importância que a equipe multiprofissional conheça as características gerais e individuais da população atendida a fim de atuar satisfatoriamente nas abordagens clínicas. Também é importante a avaliação dos Serviços em Saúde a fim de que seja realizada uma reorganização da assistência com o objetivo de alcançar os princípios da universalidade, equidade e integralidade⁵.

Ao se analisar a procedência dos pacientes cadastrados no SASPO de Diamantina/MG em relação ao número de habitantes das microrregionais atendidas, constatou-se que a microrregião de Diamantina não é a maior em número populacional, mas contém o maior número de pacientes. As regiões referenciadas a este serviço somam uma considerável área territorial, fato que nos levou a questionamentos a respeito da forma de referência dos pacientes por parte dos municípios e da existência de pessoas com estomia sem a assistência adequada. A localização da residência dos pacientes, muitas vezes, impõe barreiras para a utilização dos serviços de saúde. Estudo realizado em Porto Alegre/RS identificou que o acesso é influenciado pela distância entre a moradia e o serviço, assim como pela forma e pelo tempo de deslocamento¹¹.

Constatou-se nesta pesquisa que a maioria dos pacientes cadastrados no SASPO de Diamantina tinha estomia

recente, demonstrando uma evolução, já que estes estão sendo referenciados ao serviço de reabilitação mais rapidamente, ao contrário de estudos que demonstram uma divulgação ainda incipiente dos serviços de reabilitação junto aos hospitais^{6,12}.

A maioria dos pacientes cadastrados é casada. Esse dado é importante por despertar reflexões sobre a forma adequada de abordar a pessoa com estomia a respeito da sexualidade. A vida sexual dessas pessoas sofre restrições causadas por mutilações de nervos relacionados ao funcionamento dos órgãos sexuais e também por motivos psicoemocionais provocados por sentimentos de vergonha e desinteresse sexual, fatos que devem ser tratados pela equipe¹³.

A profissão predominante de lavrador durante a fase ativa dos pacientes se assemelha ao estudo realizado em um hospital público de Teresina/PI¹⁴. A ocupação predominante de aposentados, seguida de pensionistas e afastamento, se assemelha a estudos sobre caracterização da clientela com estomia que enfatiza a dificuldade de reinserção no trabalho deste grupo de pacientes^{1,6,15-19}.

As pessoas com estomia têm dificuldades em se reintegrar ao trabalho. Diante da alteração da imagem corporal, elas guardam sentimentos de medo, solidão e impotência. Geralmente, aqueles que possuem vínculo empregatício preferem se aposentar e os desempregados têm dificuldades de encontrar trabalho. Eles costumam evitar locais públicos e o convívio social²⁰. Durante a reabilitação deve-se, por meio do apoio social, atentar para o estímulo ao retorno às práticas trabalhistas.

Em relação à escolaridade, a maior proporção de possuidores de Ensino Fundamental incompleto, seguidos de analfabetos com baixa renda, se assemelha a diversos estudos^{5,6,14,16-18}. Tais dados podem ter relação com o fato de esses programas de saúde serem oferecidos pelo Governo por meio do SUS e de atingirem, em maior parte, usuários de baixo nível socioeconômico. Esta questão é inerente, inclusive, por enfatizar a importância da distribuição gratuita dos equipamentos e adjuvantes necessários para uma boa qualidade de vida do paciente por meio do SASPO^{5,6}.

A maior proporção da população idosa presente no estudo é compatível com outros sobre pessoas com estomia^{5,15,17,19}. Com o aumento da expectativa de vida, a idade é considerada um fator de risco para a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente o câncer²¹. A equipe, ao lidar com o cuidado da pessoa idosa com estomia, deve-se atentar que mudanças funcionais e cognitivas ocorrem e devem ser levadas em conta no manejo da estomia⁴.

Identificou-se o câncer colorretal como a principal causa das estomias, com o predomínio de pessoas do sexo masculino. Esses dados diferem de estudo que relaciona a maior proporção de homens a situações em que a causa principal é a traumática por violência¹⁴. O alto índice de estomias causadas por megacólon de Chagas, que ocupa o segundo lugar em confecção de estomias na amostra desta pesquisa, se justifica pelo fato de a região estudada estar inserida em área endêmica dessa doença, devendo-se a atenção primária dispensar maior investimento quanto aos aspectos preventivos.

Destaca-se que o gênero da pessoa com estomia pode influenciar na adaptação, devendo o profissional se atentar para esta questão. As mulheres tendem a demandar menos tempo para a reabilitação, embora demonstrem graus de depressão e medo no período pré-operatório. Os homens, principalmente aqueles que desenvolvem impotência sexual, demoram um tempo maior para retomar sua qualidade de vida e apresentam dificuldades mais acentuadas para o autocuidado^{22,23}.

A cor da pele também foi verificada nesta pesquisa assim como em estudo sobre a caracterização de pessoas com estomia no município de Ponte Nova/MG, identificando-se, em ambos, predomínio de indivíduos da raça branca. Destaca-se que são poucas as pesquisas na literatura científica nas quais se avaliam os pacientes portadores de estomia quanto à raça⁵.

Um dado socioepidemiológico não avaliado nesta pesquisa, por não haver esta informação na ficha de avaliação da pessoa com estomia da Secretaria de Estado da Saúde (SES), é referente à religiosidade. A averiguação da existência de espiritualidade em pacientes com estomia, como em qualquer outro paciente, se faz necessária, uma vez que há investigações científicas comprovativas de que pessoas com bem-estar espiritual e crença religiosa podem ter sua saúde afetada de forma positiva, pois em vez de se limitarem às explicações reducionistas da medicina, elas alcançam sentimentos de confiança, superação e alívio que podem auxiliar na superação desta fase de dificuldades²³.

Esta pesquisa, assim como a maioria dos estudos analisados, aponta o câncer colorretal como principal preditor de estomias^{1,5,6,15-17,19}. A colostomia é realizada quando o tumor comprime a alça intestinal, o que provoca obstrução, e também é utilizada quando grande parte do intestino é removida. A incidência aumenta em relação à idade e é mais frequente em pessoas que se alimentam de substâncias químicas carcinogênicas, com excessiva ingestão calórica e ausência

de micronutrientes antioxidantes, como carotenoides, selênio e vitaminas A, C e E, além de haver histórico familiar de câncer intestinal, pólipos ou doença inflamatória¹⁶. Torna-se imprescindível um contínuo investimento na divulgação e implementação de medidas preventivas, incluindo a realização de exames para o diagnóstico precoce da doença, a fim de evitar e diminuir a necessidade de realização de estomias⁵.

Comorbidades prévias à realização da estomia foram avaliadas, sendo identificada a hipertensão arterial com um maior índice, assim como em uma pesquisa que caracterizou aspectos clínicos e epidemiológicos de pessoas com estomia de um município de Minas Gerais¹⁵. O uso de anti-hipertensivos foi prevalente na população estudada, fato que está relacionado à maior faixa etária e ao conseqüente aumento de doenças crônicas. A maioria dos pacientes não apresentava restrições de mobilidade. Foi identificado um estudo que abordou medicações e dificuldades de movimentação em relação a pessoas com estomia e a maioria também não apresentou dificuldades¹⁸.

Quanto ao procedimento cirúrgico realizado, observa-se que a maioria dos pacientes foi submetida à laparotomia de urgência, seguida de confecção de estomia, fato que pode influenciar na qualidade de vida destes pacientes, que não foram preparados para tal procedimento. Os tipos de construções de estomia prevalentes nesta pesquisa foram: colostomia descendente em alça, colostomia terminal à Hartman e colostomia terminal definitiva por amputação abdominoperineal, que geralmente são realizadas como complemento de outro procedimento cirúrgico¹⁴. As colostomias terminais, por exemplo, resultam de amputação abdominoperineal do reto, comum em casos de câncer colorretal avançado, que impossibilita a reconstrução do trânsito intestinal, ou após operação de Hartmann (sigmoidectomia ou retossigmoidectomia com sepultamento do coto retal)²⁴.

Estudo realizado em um hospital público de Teresina/PI concluiu que existem divergências nos resultados relacionados à permanência das estomias, devendo-se isso ao fato de esta permanência estar diretamente relacionada com as causas que a motivaram. Enquanto as definitivas se associam mais frequentemente ao câncer colorretal e urogenital, as temporárias podem estar relacionadas a traumas. No estudo de Teresina/PI, o tempo de permanência da estomia intestinal variou entre 68,42% (temporário) e 31,58% (permanente), sendo as obstruções e os traumatismos suas causas principais¹⁴. Na presente pesquisa, as colostomias

temporárias se destacaram mesmo não sendo os traumas a causa principal de confecção das estomias.

Ao se analisarem as características do efluente eliminado pela estomia, houve predomínio daqueles que apresentaram fezes pastosas ou formadas no momento da admissão ao serviço, fato que se relaciona à localização da estomia, na maioria, no cólon esquerdo. Esse tipo de efluente favorece a reabilitação já que evita que possíveis infiltrações danifique a barreira protetora do dispositivo¹⁵.

Constatou-se que o formato predominante das estomias foi do tipo regular redondo, sendo os diâmetros mais comuns na faixa de 20 a 38 mm, e que a maioria dessas era protrusa em relação à pele. Estudo realizado em um Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada de Ponte Nova/MG⁵ relatou que os pacientes apresentaram diâmetro de estomias de 22 a 40 mm e que, em 75,0%, não havia protrusão, sendo a estomia plana. Quando a estomia é protrusa, essa condição beneficia a qualidade de vida e o conforto do paciente, pois o sistema coletor é adaptado com facilidade, sua durabilidade é maior e isso evita infiltração e vazamento do efluente¹⁵. Sabe-se que o diâmetro interfere no corte e na adaptação do dispositivo coletor⁵, porém não foi achado na bibliografia sobre o tamanho ideal da estomia.

Dentre as complicações identificadas nesta pesquisa, a dermatite periestoma foi a mais comum, fato que corrobora estudos que fizeram a mesma análise^{5,14,19}. As dermatites, geralmente, ocorrem pelo uso inadequado dos equipamentos coletores, mais precisamente pelo corte excessivo do orifício da barreira protetora em relação à estomia, deixando a pele exposta à ação do efluente, ou por indicação inadequada do equipamento. Equipamentos coletores e adjuvantes existentes no mercado devem ser apresentados nos mínimos detalhes aos pacientes com estomia, além de ser necessária uma reavaliação contínua quanto ao uso correto destes já que, com o passar do tempo, eles podem requerer modificações, daí a importância da manutenção contínua dos pacientes nos serviços de reabilitação enquanto esses tiverem a estomia⁵. Ressalta-se que, no SASPO de Diamantina, os pacientes são reavaliados em um prazo máximo de quatro meses e existe uma alta taxa de resolutividade das dermatites.

O grande número de pacientes que relataram algum conhecimento sobre o procedimento cirúrgico realizado e apresentaram aptidão ao autocuidado identificados nesta pesquisa pode estar relacionado ao baixo índice de doenças que ocasionam déficits cognitivos e restrições de mobilidade, sendo os pacientes, na maioria, hígidos e entendedores das

orientações prestadas. Na prática, é comum que pacientes com alterações do cognitivo não efetuem o autocuidado. Percebe-se também uma resistência maior entre os homens, por preferirem aceitar os cuidados dos familiares, concepção detectada em outro estudo²².

O fato de parte dos pacientes comparecer ao Serviço de Reabilitação já orientada sobre o procedimento cirúrgico efetuado e o motivo de construção da estomia ajuda no processo de adaptação e demonstra que as instituições hospitalares têm melhorado suas práticas de orientações. Estudo semelhante concluiu que os pacientes que tiveram orientação acerca da condição de saúde, bem como sobre técnicas de autocuidado, tiveram maior aceitação e adaptação à estomia²⁵.

As crianças desta pesquisa tiveram como principal causa de estomia a síndrome de Hirschsprung ou megacólon congênito e demais causas relacionadas a malformações congênitas. Esse dado é corroborado por estudo realizado no Distrito Federal com 50 crianças com estomia, em que 80% tinham como causa doenças provenientes de malformações congênitas, sendo 48% dessas com diagnóstico de megacólon congênito, seguidas por 14% de ânus imperfurado²⁶.

Seis crianças foram cadastradas no serviço logo após a alta hospitalar; uma criança apresentava estomia há sete anos, porém fazia uso de fraldas, pois a família não conhecia os dispositivos coletores e por acaso foi inserida no programa.

Publicações a respeito de crianças com estomia são escassas, principalmente no que tange ao perfil clínico e epidemiológico. Esse fato foi confirmado em dois estudos de revisão publicados em 2015. Ambos abordaram a criança com estomia, mas sem incluir esses dados. O primeiro estudo²⁷ foi composto de cinco artigos qualitativos, publicados no período de 2008 a 2013, que abordaram questões relacionadas às dificuldades enfrentadas pelos familiares de crianças com estomia e à falha na conduta dos profissionais de saúde. O segundo estudo de revisão²⁸ contou com cinco artigos na amostra, publicados no período de 2010 a 2014. A abordagem era a respeito dos cuidados à criança com estomia, qualidade de vida e relacionamento com a família. A pesquisa mostrou a necessidade de capacitar a família no cuidado diário dos seus filhos com estomia intestinal.

Ao se analisarem os resultados referentes à avaliação do serviço, constatou-se que, de acordo com a Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009, o SASPO de Diamantina/MG faz jus ao grau de implantação nível II. O resultado encontrado mostra uma implantação satisfatória, porém não plena, ou

seja, o serviço apresentava os parâmetros para este grau de implantação, porém necessitava de ajustes para obter melhores resultados. O quantitativo de profissionais era suficiente para que o serviço fosse classificado nesse nível, possuindo, além dos profissionais mínimos exigidos, um médico a mais e um técnico de enfermagem. Dos médicos atuantes, um era urologista, para acompanhamento de estomias urinárias, e o outro era cirurgião-geral, para as estomias intestinais. O técnico de enfermagem auxiliava na dispensação dos dispositivos. Outras características para se obter o grau de implantação nível II são o tratamento de complicações relacionadas às estomias e a capacitação de profissionais da rede, atribuições presentes no serviço.

Ao se analisarem as consultas individuais, percebeu-se que essas eram prioridades neste programa, tanto que eram realizadas no prazo máximo de quatro meses, estabelecido pela Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. A estrutura física e os recursos materiais estavam adequados, porém era inexistente o banheiro privativo e adaptado aos pacientes com estomia, sendo esta uma sugestão a fim de acolher melhor os usuários.

As atribuições relacionadas à organização da demanda de atendimentos, ao cadastro dos pacientes e à atualização dos dados, ou seja, as atribuições burocráticas, que poderiam ser realizadas por um agente administrativo, eram realizadas pelo enfermeiro. Atividades relacionadas à capacitação, que poderiam ser executadas por todos os demais profissionais do programa, também foram atribuídas ao enfermeiro. Estas características relacionadas aos valores de escores da Matriz de Análise e Julgamento foram as que mais subtraíram a pontuação do programa. Já as atividades relacionadas aos atendimentos individuais, em grupo e à família obtiveram boas pontuações, o que sugere que este serviço não apenas distribui dispositivos coletores à população, mas também promove a reabilitação.

O agente administrativo não é um profissional exigido em lei, porém, de acordo com este estudo, seria de grande valia para a implantação plena do programa, já que poderia realizar atividades administrativas e burocráticas, o que permitiria ao enfermeiro atuar em maior tempo na assistência, participando de atividades em grupo e treinamentos para profissionais da rede². Os profissionais da rede de assistência (atenção primária e terciária das microrregionais atendidas pelo SASPO) que recebem treinamento adequado podem atuar satisfatoriamente na continuidade da reabilitação dos pacientes que estão mais distantes do SASPO, assim como nas orientações pré-cirúrgicas. As atividades em

grupo são significativas, já que o paciente que se comunica com outros profissionais além do enfermeiro e com outros pacientes e familiares que convivem com a mesma condição se fortalece e se encoraja a enfrentar as dificuldades do dia a dia, retornando ao ambiente de trabalho e retomando o lazer e a vida conjugal, enfim retomando a sua vida.

O fato de este estudo ter sido realizado em um único contexto pode predispor à limitação para generalização dos resultados desta pesquisa, já que o grupo estudado se concentra em uma determinada região.

CONCLUSÃO

O SASPO de Diamantina cadastrou 107 pacientes de outubro de 2013 a agosto de 2015, sendo 97 adultos e 10 crianças. Foi realizada a caracterização desta clientela referente às variáveis demográficas e socioeconômicas, epidemiológicas, clínicas e comportamentais.

O SASPO de Diamantina pode ser caracterizado como nível II de atenção à saúde do paciente com estomia e totaliza uma pontuação de 71,25% referente à Matriz de Análise e Julgamento, correspondendo a uma implantação satisfatória, porém não plena. As atividades de grupo e capacitações podem obter maiores escores se o enfermeiro se dedicar a essas atividades em detrimento das atividades burocráticas, que podem ser realizadas por um agente administrativo, o que melhoraria ainda mais a assistência aos pacientes portadores de estomia neste serviço.

Espera-se que os dados identificados possam subsidiar os gestores, tanto em nível estadual como municipal, na criação de estratégias para garantia da reabilitação dos pacientes com estomia, além de melhoria nos níveis de triagem e de diagnósticos precoces de doenças precursoras de estomias. Quanto à assistência clínica, espera-se uma melhoria no planejamento da assistência especializada a esta clientela, com adequações nas estratégias de reabilitação a fim de garantir uma assistência plena.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Freitas JPC e Borges EL; Metodologia, Bodevan EC; Investigação, Freitas JPC e Borges EL; Redação – Primeira versão, Freitas JPC; Redação – Revisão & Edição, Freitas JPC e Borges EL; Supervisão, Borges EL.

REFERÊNCIAS

- Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros EJM, Gomes VL. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):82-8. doi: 10.1590/s0080-62342015000100011.
- Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Validação de um instrumento para avaliação de serviços de atenção à saúde da pessoa estomizada. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016;24. doi: 10.1590/1518-8345.0748.2825.
- Altschuler A, Ramirez M, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton L, et al. The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(3):299-305. doi: 10.1097/won.0b013e3181a1a1dc.
- Sun V, Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, et al. Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(1):61-72. doi: 10.1097/won.0b013e3182750143.
- Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, MG. *Rev Bras Coloproct [Internet]*. 2011;30(4):385-92. doi: 10.1590/s0101-98802010000400001.
- Lenza NFB, Sonobe HM, Zago MMF, Buetto LS. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. *Rev Eletr Enf*. 2013;15(3):755-62. doi: 10.5216/ree.v15i3.17594.
- Rocha JJR. Estomias intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Med. Ribeirão Preto, São Paulo*. 2011;(44):51-6. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v44i1p51-56.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomias. Portaria MS/SAS n. 116, 9 setembro 1993. BVS MS: Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília; 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria MS/SAS n. 400, 16 novembro 2009. BVS MS: Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria MS/GM n. 793, 24 abril 2012. BVS MS: Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília; 2012.
- Dall'Agnol CM, Lima MADS, Ramos DD. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(3):674-80.
- Silva NG, Gama FA, Dutra RA. Percepção de pacientes com estomia sobre mitos e medos relacionados a esta condição. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2008;6(1):22-6.
- Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2006;14(4):483-90. doi: 10.1590/s0104-11692006000400003.
- Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):140-6. doi: 10.1590/s0104-07072009000100017.
- Barbosa MH, Poggetto MTD, Barichello E, Cunha DF, Silva R, Alves PIC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. *REAS*. 2014;3(1):64-73.
- Moraes JT, Sousa LA, Carmo WJ. Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centro-oeste de Minas Gerais. *RECOM*. 2012;2(3):337-46.
- 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 Coloproct*. 2013;33(2):70-4. doi: 10.1016/j.jcol.2013.04.003.
- Souza MA, Santos BC, Soares GO, Santana O. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados. *Gerokomos*. 2010;21(4):183-90. doi: 10.4321/s1134-928x2010000400007.
- Salomé GM, Carvalho MRF, Junior MRM, Mendes B. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. *J Coloproct*. 2015;35(2):106-12. doi: 10.1016/j.jcol.2015.02.002.
- Silva AL, Shimizu HE. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):307-11. doi: 10.1590/s0034-71672007000300011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- Macedo MS, Nogueira LT, Luz MHBA. Perfil dos estomizados atendidos em hospital de referência em Teresina. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2005;3(4):25-8.
- Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev SBPH. Rio de Janeiro*. 2008;11(2).
- Silva J, Sonobe HM, Buetto LS, Santos MG, Lima MS, Sasaki VDM. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. *REME*. 2014;15(1):166-73. doi: 10.15253/2175-6783.2014000100021.
- Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):557-64. doi: 10.1590/s0104-07072011000300018.
- Monteiro SNC, Kamada I, Silva AL, Souza TCR. Perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos de um hospital público do Distrito Federal. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2014;12(3):23-32.
- Rosado SR, Dázio EMR, Siepierski CT, Filipini CB, Fava SMCL. O cuidado de enfermagem e as lacunas na assistência à criança com estomia: uma revisão integrativa. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2015;13(2):83-7. doi: 10.5327/z1806-3144201500020008.
- Melo MC, Kamada I. O papel da família no cuidado à criança com estoma intestinal: uma revisão narrativa. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2015;13(3):43-9.