

Complicações tardias em pacientes com estomias intestinais submetidos à demarcação pré-operatória

Late complications in patients with intestinal ostomies who underwent a preoperative site marking

Complicaciones tardías en pacientes con estomas intestinales sometidos a la demarcación preoperatoria

Magali Thum^{1*}, Maria Angela Boccara de Paula¹, Ana Beatriz da Silva Pinto Morita², Aline Lino Balista¹, Ednalda Maria Franck³, Pamella Cristina de Carvalho Lucas¹

ORCID IDs

Thum M  <https://orcid.org/0000-0003-3240-2226>

Paula MAB  <https://orcid.org/0000-0002-7438-9595>

Morita ABSP  <https://orcid.org/0000-0001-6923-1112>

Balista ALB  <https://orcid.org/0000-0003-0112-9175>

Franck EM  <https://orcid.org/0000-0001-7359-4821>

Lucas PCC  <http://orcid.org/0000-0003-3661-3290>

COMO CITAR

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., 16: e4218. https://doi.org/10.30886/estima.v16.660_PT

RESUMO

Objetivo: Descrever as complicações tardias relacionadas às estomias intestinais em pacientes submetidos à demarcação pré-operatória. **Método:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi de conveniência e composta por 15 pessoas com estomias intestinais submetidas à demarcação pré-operatória. A coleta de dados foi realizada entre janeiro e março de 2014 por meio de roteiro pré-estabelecido que norteou o exame físico e questionário contendo 13 questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, ao diagnóstico e à demarcação pré-operatória. **Resultados:** Verificou-se que em 13 (87,7%) pessoas que tiveram estomia demarcada, esta estava localizada a uma distância superior a 5 cm de cicatrizes cirúrgicas, crista ilíaca, cicatriz umbilical e linha da cintura. Duas pessoas com ileostomia (13,3%) tinham protrusão da alça intestinal aquém do recomendado. No que se relaciona a complicações pós-operatórias, três participantes (20%) apresentaram dermatite periestomia e um (6,7%), além da dermatite, prolapso da estomia. **Conclusão:** O estudo mostrou que as complicações pós-operatórias relatadas pelos pacientes submetidos à demarcação pré-operatória da estomia foram pouco observadas e essas foram a dermatite periestomia e o prolapso de estomia.

DESCRITORES: Estomia; Demarcação pré-operatória; Complicações Pós-Operatórias; Enfermagem; Estomaterapia.

¹Universidade de Taubaté – Departamento de Enfermagem e Nutrição – Pró Reitoria Pesquisa e Pós-Graduação – Taubaté/SP – Brasil.

²Centro Universitário Teresa D'Ávila – Faculdade de Enfermagem – Lorena/SP – Brasil.

³Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina – Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos – São Paulo/SP – Brasil.

Autor correspondente: Magali Thum | Rua Claro Gomes, 112. Apart. 32 | CEP: 12010-520 – Taubaté/SP – Brasil.

E-mail: magali.thum@gmail.com

Recebido: Out 29 2018 | Aceito: Jan 23 2019



ABSTRACT

Objectives: Describe late complications related to intestinal ostomies in patients undergoing a preoperative site marking. **Method:** Descriptive study with a quantitative approach. The convenience sample and was composed of 15 people with intestinal ostomies who underwent a preoperative site marking. Data collection was performed between January and March 2014 through a pre-established script that guided the physical examination and a questionnaire containing 13 questions related to the sociodemographic profile, diagnosis, and preoperative site marking. **Results:** It was verified that in 13 (87.7%) people who had site marked ostomies, it was located at a distance of more than 5 cm of surgical scars, iliac crest, umbilical scar, and waistline. Two people with ileostomy (13.3%) had intestinal loop protrusion short of recommended. Regarding postoperative complications, three participants (20%) presented peristomal dermatitis and one (6.7%), in addition to dermatitis, prolapse of the ostomy. **Conclusion:** The study showed that the postoperative complications reported by patients who underwent a preoperative stomatal site marking were poorly observed and that these consisted of peristomal dermatitis and prolapse of the ostomy.

DESCRIPTORS: Ostomy; Preoperative site marking; Post-Operative Complications; Nursing; Stomatherapy.

RESUMEN

Objetivo: Describir las complicaciones tardías relacionadas a las estomas intestinales en pacientes sometidos a la demarcación preoperatoria. **Método:** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. La muestra fue pertinente y fue compuesta por 15 personas con estomas intestinales sometidas a la demarcación preoperatoria. La recolección se realizó entre enero y marzo de 2014 por medio de un itinerario preestablecido que condujo el examen físico y un cuestionario conteniendo 13 preguntas relacionadas al perfil sociodemográfico, al diagnóstico y a la demarcación preoperatoria. **Resultados:** Se verificó que en 13 (87,7%) personas que tuvieron estoma demarcada, la misma estaba localizada a una distancia superior a 5 cm de cicatrices quirúrgicas, crista ílica, cicatriz umbilical y línea de la cintura. Dos personas con ileostomía (13,3%) tenían protrusión de alza intestinal por debajo de lo recomendado. En lo relacionado a complicaciones posoperatorias, tres participantes (20%) presentaron dermatitis periestoma y uno (6,7%), además de la dermatitis, prolapso de estoma. **Conclusión:** El estudio mostró que se observaron pocas complicaciones posoperatorias relatadas por los pacientes sometidos a la demarcación preoperatoria de la estoma y que las mismas constaron de dermatitis periestoma y prolapso de estoma.

DESCRIPTORES: Estoma; Demarcación preoperatoria; Complicaciones Posoperatorias; Enfermería; Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

O procedimento de demarcação pré-operatória de estomias intestinais foi definido pela United Ostomy Association (UOA), em 1993, como importante para prevenir complicações e reconhecido como um dos direitos da pessoa com estomia¹.

A demarcação consiste no procedimento de escolha do melhor local para exteriorização da futura estomia, sendo apontada como fator impactante na reabilitação física e emocional do paciente², pois favorece melhores condições de realização do autocuidado e diminui chances de vazamento do efluente para a pele, diminuindo, assim, a incidência de lesões periestomia. Também contribui para a retomada da vida social, já que muitas complicações podem ser evitadas^{3,4}.

A demarcação deve ser realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta, pelo médico que realizará a cirurgia^{2,5} ou pelo enfermeiro capacitado para tal atividade³. O paciente,

ao final do procedimento, deverá conseguir visualizar toda a área demarcada, o que facilitará o autocuidado e, com isso, a diminuição de complicações^{2,5,6}.

Em relação às complicações, são imediatas aquelas que ocorrem nas primeiras 24 horas após a confecção, e dentre elas destaca-se necrose e edema da estomia, hemorragia ou sangramento^{7,8}. Entre o primeiro e o sétimo dia pós-cirúrgico podem ocorrer as complicações precoces, como retração da estomia e separação cutaneomucosa. No entanto, é possível ocorrer complicações tardias, tais como: prolapso da alça intestinal, estenose da estomia, retração da estomia e hérnia paraestomia^{7,8}.

É importante salientar que complicações na pele periestomia também merecem atenção, dentre elas a dermatite periestomia, que se configura como uma das complicações mais prevalentes e suas causas são variadas^{8,9}.

A causa mais comum de dermatite é a inadequada adesão do equipamento coletor à parede abdominal, ocasionado o vazamento de efluente sobre a pele periestomia. Os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento estão associados, em sua maioria, à má localização da estomia ou ainda à escolha equivocada do sistema coletor¹⁰.

A Wound Ostomy and Continence Nurses Society, a American Society of Colon and Rectal Surgeons e a American Urological Association² recomendam que todas as pessoas submetidas à confecção de estomia devam ter o local de exteriorização previamente demarcado, inclusive aquelas em que confecção é ainda uma possibilidade ou a estomia seja temporária.

A demarcação pré-operatória de estomias diminui consideravelmente a ocorrência de complicações pós-operatórias, no entanto, na realidade brasileira ainda faltam estudos que mostrem quais complicações deixam de ocorrer e quais ainda ocorrem mesmo em pacientes submetidos ao procedimento.

OBJETIVO

Analisar complicações tardias relacionadas às estomias intestinais em pacientes submetidos à demarcação pré-operatória.

MÉTODO

Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada com pessoas que viviam com estomia e foram submetidas à demarcação pré-operatória, cadastradas em uma associação de pessoas com estomias do interior do estado de São Paulo (Brasil).

A amostra foi de conveniência e os sujeitos foram pacientes cadastrados, ativos e com contatos atualizados no período de janeiro a março de 2014.

Para identificar a amostra foi realizado contato telefônico com pessoas com o objetivo de averiguar se sua estomia havia sido demarcada antes da cirurgia. A entrevista via telefone foi guiada por um roteiro previamente estabelecido: inicialmente foi apresentado o objetivo do contato e o participante foi convidado a responder duas perguntas – a primeira consistia em

perguntar se a pessoa havia sido submetida à demarcação pré-operatória da estomia; em caso negativo, o telefonema se encerrava neste momento; em caso positivo, a pessoa era convidada a participar do estudo.

Os critérios de inclusão foram possuir idade maior que 18 anos e estar disponível para a coleta ser realizada no domicílio. Foram excluídos do estudo aqueles que não atenderam o telefonema até a terceira tentativa ou não possuíam contato de telefone atualizado no cadastro da associação.

Todos os associados demarcados contatados aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de um exame físico que teve como foco o abdome da pessoa com estomia, sendo esse guiado por formulário previamente definido. Neste momento, foram avaliadas as seguintes questões: a distância em centímetros da estomia em relação à cicatriz umbilical, a crista ilíaca, a linha da cintura, pregas cutâneas e demais cicatrizes, quando presentes, e a protrusão da estomia em relação à pele, com o auxílio de fita métrica. Por meio da palpação foi identificado se a estomia estava exteriorizada sob o músculo reto abdominal.

Posteriormente, foi utilizado um formulário contendo 13 questões relacionadas ao perfil do participante: idade, gênero, grau de escolaridade, ocupação profissional, tempo e motivo da confecção da estomia e sua demarcação. Ainda foi perguntado se ele desenvolveu complicações relacionadas à estomia e quanto tempo depois da cirurgia estas ocorreram.

Os dados coletados foram tabulados, apresentados em tabelas, na forma de números absolutos e percentagens, e analisados de forma descritiva à luz da literatura sobre a temática em questão.

Os aspectos éticos e legais foram rigorosamente seguidos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sob parecer nº 269.538, e seguiu as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹¹, relacionado a pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 15 pessoas que se submeteram à confecção de estomia intestinal e à

demarcação pré-operatória. Quatro (26,7%) eram do sexo masculino e 11 (73,3%), do sexo feminino. Ao analisar a idade de acordo com o sexo, a média no grupo masculino foi maior, 70 anos; já entre as mulheres, a média foi de 60,3 anos.

Constatou-se que oito pessoas (53,3%) possuíam mais de 61 anos de idade e que também oito (53,3%) tinham ensino fundamental incompleto. Destaca-se ainda que nenhum dos pesquisados possuía ensino superior completo. No que tange à atividade profissional, nove (60%) entrevistados eram aposentados e três (20%), do lar. Outras profissões foram relatadas: vendedor, comerciante e empregada doméstica.

Analisando o motivo de confecção da estomia, nove pessoas (60%) passaram por este procedimento devido ao câncer colorretal. Houve predominância de confecções de estomias relacionadas ao câncer em mulheres, totalizando seis casos (40%) (Tabela 1).

O estudo mostra que nove pessoas (60%) conviviam com a estomia há seis anos ou mais. Ao avaliar o tempo de convivência de acordo com o sexo, observa-se que quatro mulheres (26,7%) tinham a estomia entre dois a cinco anos. Entre os homens, esse tempo foi maior, mais de seis anos (Tabela 2).

No que se relaciona ao tipo de estomia confeccionada na população demarcada no pré-operatório, dez (66,7%) tinham colostomia e cinco (33,3%), ileostomia. Neste estudo, 100% da população possuía estomia definitiva.

Em relação ao período que transcorreu entre a demarcação da estomia e sua confecção, o presente estudo revelou que sete (46,7%) foram demarcados 24 horas antes da cirurgia; quatro (26,7%), 48h antes; um (6,7%) teve a estomia demarcada no dia da sua confecção; e três (20%) não souberam informar.

Durante o exame físico foi possível realizar a palpação do músculo reto abdominal em todos os pesquisados e a totalidade tinha a estomia exteriorizada no referido músculo.

A Tabela 3 mostra os resultados coletados durante a realização do exame físico e teve como objetivo averiguar se a distância mínima de 4 a 5 cm dos pontos críticos, como linha da cintura, cicatriz cirúrgica e proeminências ósseas foi observada durante o procedimento, já que esta é a distância recomendada na literatura¹² e contribui para a correta adaptação do equipamento coletor na região periestomia.

Na Tabela 4, encontram-se os dados sobre a protrusão da estomia em relação ao plano cutâneo. Verificou-se

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados submetidos à demarcação pré-operatória de estomias, segundo gênero e diagnóstico. Taubaté, São Paulo, Brasil, 2014.

Motivo da confecção da estomia intestinal	Feminino	Masculino	Total
	n (%)		
Câncer colorretal	6 (40)	3 (20)	9 (60)
Doença inflamatória intestinal	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (13,3)
Doença diverticular	1 (6,7)	0 (0)	1 (6,7)
Trauma colorretal	1 (6,7)	0 (0)	1 (6,7)
Doença congênita	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Obstrução do intestino grosso	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Outras causas	2 (13,3)	0 (0)	2 (13,3)
Não sabe/não lembra	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	11 (73,4)	4 (26,7)	15 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual dos participantes de acordo com o tempo de confecção da estomia. Taubaté, São Paulo, Brasil, 2014.

Tempo (anos) de confecção da estomia	Feminino	Masculino	Total
	n (%)		
0 a 1	2 (13,3)	0 (0)	2 (13,3)
2 a 5	4 (26,7)	0 (0)	4 (26,7)
6 a 10	3 (20)	2 (13,3)	5 (33,3)
> 10	2 (13,3)	2 (13,3)	4 (26,7)
Total	11 (73,3)	4 (26,6)	15 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual dos participantes submetidos à demarcação pré-operatória, segundo a distância mínima de 5 cm da estomia em relação às áreas críticas. Taubaté, São Paulo, Brasil, 2014.

Distância de 5 cm em relação às áreas críticas	Cicatrizes	Pregas cutâneas	Crista ilíaca	Cicatriz umbilical	Linha da cintura
	n (%)				
Sim	13 (86,7)	10 (66,7)	13 (86,7)	13 (86,7)	13 (86,7)
Não	2 (13,3)	5 (33,3)	2 (13,3)	2 (13,3)	2 (13,3)
Total	15 (100)	15 (100)	15 (100)	15 (100)	15 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4. Distribuição numérica e percentual dos participantes com estomias de eliminação intestinal de acordo com a altura, em milímetros, em relação ao nível da pele. Taubaté, São Paulo, Brasil, 2014.

Altura da estomia em relação ao nível da pele (mm)	Ileostomia	Colostomia	Total
	n (%)		
≤ 09	0 (0)	3 (20)	3 (20)
Entre 10 e 19	1 (6,7)	4 (26,7)	5 (33,4)
Entre 20 e 29	1 (6,7)	3 (20)	4 (26,7)
Entre 30 e 39	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Entre 40 e 49	1 (6,7)	0 (0)	1 (6,7)
≥ 50	2 (13,3)	0 (0)	2 (13,3)
Total	5 (33,4)	10 (66,7)	15 (100)

Fonte: Dados da pesquisa.

que em 13 pessoas (86,7%), a estomia foi localizada a uma distância superior a 5 cm de cicatrizes cirúrgicas, crista ilíaca, cicatriz umbilical e linha da cintura.

Quando se avalia a distância da estomia em relação às pregas cutâneas, os dados obtidos evidenciam que em dez pessoas (66,7%), a distância mínima foi observada, mostrando que em relação às demais áreas críticas, este percentual foi menor.

Os dados revelaram que das cinco pessoas com ileostomia, duas (13,3%) tinham protrusão da alça intestinal inferior a 30 mm.

Ao avaliar a protrusão da estomia em pacientes com colostomia, observa-se que três (20%) tinham estomia com menos de 10 mm de protrusão, resultando em uma estomia muito próxima ao nível da pele.

Elencar as complicações vivenciadas pelas pessoas submetidas à demarcação pré-operatória é de suma importância para qualificar a assistência prestada. Neste estudo, três pessoas (20%) apresentaram complicações.

Todas as três (100%) apresentaram dermatite periestomia e uma (33,3%), além da dermatite, apresentou prolapso com cerca de 30 cm de protrusão da alça intestinal.

O profissional mais referenciado pelos participantes que passaram pelo procedimento da demarcação da estomia no pré-operatório foi o médico, responsável por

demarcar 11 (73,3%) pacientes. No entanto, três (20%) referiram não lembrar qual foi o profissional que realizou o procedimento e apenas um paciente (6,7%) relatou que o procedimento foi feito pelo enfermeiro estomaterapeuta.

DISCUSSÃO

Este estudo mostra a neoplasia colorretal como o diagnóstico prevalente, levando à confecção de nove estomias (60%), sendo que, no sexo feminino, foi o principal motivo, com seis estomias confeccionadas (40%). Este achado vai ao encontro de outros resultados encontrados em estudos semelhantes que apontam um número maior de mulheres sendo diagnosticadas com câncer colorretal, quando comparado ao mesmo diagnóstico no grupo masculino^{13,14}.

Este cenário permanecerá, ao que tudo indica, semelhante, já que para cada ano do biênio 2018-2019 a estimativa é de 36.360 casos novos de câncer colorretal, sendo 17.380 em homens e 18.980 em mulheres. Este é o terceiro tipo de câncer mais frequente entre homens e o segundo entre as mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste do Brasil (23,29/100 mil)¹⁵.

Diante do exposto, observa-se que o câncer colorretal continua sendo a principal causa de confecção de estomias intestinais, sendo considerado um importante problema a ser resolvido no âmbito da saúde pública.

É importante salientar que medidas educativas devem ser realizadas para que a população previna o aparecimento de câncer e, nos casos em que não é possível trabalhar na prevenção da doença, identifique precocemente os sinais e sintomas do seu desenvolvimento.

Nessa perspectiva, o enfermeiro estomaterapeuta assume um papel importante, o de educador, e deve atuar em equipe junto à comunidade tanto na prevenção do câncer, quanto na prevenção de agravos ocasionados pelo câncer.

Nos casos em que não seja possível o diagnóstico precoce, o enfermeiro estomaterapeuta deve assumir o papel de orientar e demarcar a estomia na consulta pré-operatória, minimizando a ocorrência de complicações em decorrência da confecção da estomia^{2,5,16,17}.

Como o procedimento de demarcação pré-operatória faz parte da consulta do enfermeiro estomaterapeuta, é essencial a orientação; e pesquisar o nível de escolaridade do paciente se torna imprescindível quando se pensa em manter ou, ainda, melhorar a qualidade de vida de pessoas no pós-operatório. Neste estudo, oito (53,3%) participantes tinham ensino fundamental incompleto; destaca-se, ainda, que nenhum dos pesquisados possuía ensino superior completo.

Outros estudos^{13,17,18} mostram a predominância desse mesmo grau de instrução. Os autores ressaltam que o grau de instrução é considerado fator preocupante devido aos esclarecimentos sobre a doença e o tratamento que se fazem necessários, o que pode comprometer a adesão dos pacientes ao autocuidado, já que a baixa escolaridade pode refletir negativamente na forma de assimilar as orientações transmitidas acerca dos cuidados com a estomia.

A capacidade de entendimento das pessoas acerca das informações fornecidas pelo enfermeiro estomaterapeuta pode ser prejudicada pela baixa escolaridade. Outro ponto importante que pode ocorrer é a baixa capacidade de questionamento acerca de como será sua adaptação à nova condição de saúde, gerando dificuldade e também problemas relacionados ao autocuidado.

Profissionais da saúde que trabalham com pessoas que se submetem à confecção da estomia devem adequar sua

comunicação, seja ela oral, escrita e, até mesmo, lúdica, durante a consulta pré-operatória para que a pessoa seja capaz de se apropriar das orientações que a possibilitem desenvolver o autocuidado necessário para manter a mesma autonomia que possuía antes do procedimento¹⁹.

Em relação ao tempo de convivência com a estomia, nove (60%) pessoas viviam com estomia há mais de seis anos. Sabe-se que a adaptação à condição de viver com não é algo simples e rápido, ao contrário, é um processo longo e contínuo e extremamente relacionado à doença de base, ao grau de incapacidade, aos valores individuais e ao tipo de personalidade do paciente³.

Ao avaliar o tipo de estomia confeccionada, o predomínio de pacientes com colostomia vai ao encontro de outros estudos que apontam estes mesmos índices¹⁸; somado a isso, o presente estudo revelou que todos tinham estomias definitivas.

Provavelmente exista relação entre esse dado, a faixa etária predominante e a causa da confecção da estomia, considerando que, à medida que a população envelhece, aumenta o risco de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, como o câncer colorretal, que se configura como a principal causa de confecção de estomias intestinais¹³.

Sabe-se que, idealmente, a estomia deve ser demarcada 24 horas antes da cirurgia, para que o paciente tenha condições de participar da escolha do local a ser confeccionado. A participação do paciente na demarcação pode ser prejudicada quando esta ocorre imediatamente antes da cirurgia, já que o fator emocional pode interferir negativamente nesse processo².

Quando a estomia é demarcada com mais de 48 horas de antecedência, deve-se proteger a área demarcada com filme transparente de poliuretano, evitando que a marcação saia durante a higienização corporal¹⁰. Neste estudo, pouco menos da metade (46,7%) dos pacientes teve acesso à demarcação no período considerado ideal.

A exteriorização da estomia sob o músculo reto abdominal é um dos preditivos da demarcação pré-operatória, visto que reduz as complicações tardias como, por exemplo, prolapso e hérnia periestomia^{5,10}. Os números levantados indicam que todos os 15 pacientes (100%) tiveram este requisito observado pelo profissional que realizou a demarcação.

Além do cuidado de demarcar a estomia sobre o músculo reto abdominal, outros pontos devem ser observados durante o ato da demarcação, a fim de minimizar complicações pós-operatórias, sendo que se preconiza a distância mínima de

5 cm de áreas críticas, como cicatrizes cirúrgicas, pregas cutâneas, crista ilíaca, cicatriz umbilical e linha da cintura¹⁰.

A Tabela 3 mostra que a distância mínima de 4 a 5 cm foi observada em 13 pacientes (86,7%) durante o procedimento de demarcação em relação às seguintes áreas críticas: cicatrizes cirúrgicas, crista ilíaca, cicatriz umbilical e linha da cintura. No entanto, quando avaliado se foi preservada a distância mínima em relação às pregas cutâneas, esse número baixa para dez pacientes (66,6%). É importante salientar que o paciente submetido à confecção de estomia intestinal passa, no período que antecede à cirurgia, por um processo de perda de peso, que se acentua dependendo do diagnóstico.

Após a confecção da estomia, o paciente recobra sua saúde e volta a ganhar peso corporal, fazendo com que a anatomia abdominal adquira novas formas; o surgimento de pregas cutâneas, algo intrínseco ao ganho de peso, é um fator que pode justificar o percentual inferior de observância da distância mínima de 5 cm relacionado a essa área crítica.

Cabe ao profissional que executa a demarcação identificar fatores de risco e atuar em equipe multidisciplinar para minimizar complicações pós-operatórias em consequência de aumento ou diminuição excessivos de peso, já que estes podem ocasionar descolamento precoce do equipamento coletor, contribuindo para o surgimento de dermatite periestomia, que se configura como uma das complicações mais comuns em pessoas com estomia.

Quando avaliada a protrusão da alça intestinal sobre o plano cutâneo em pacientes com ileostomia, observa-se que dos cinco pacientes com ileostomia, dois tinham a protrusão de estomia menor que 3 cm.

Confeccionar uma ileostomia com protrusão entre 3 e 5 cm favorece a diminuição de complicações como a dermatite periestomia, já que o efluente é drenado para o interior da bolsa coletora, impedindo sua infiltração entre a placa adesiva do equipamento e a pele, principal causa desta dermatite. Mesmo não observando essa recomendação, os referidos pacientes não relataram a dermatite como complicação vivenciada¹⁰.

Três participantes com colostomia (20%) tinham estomia com altura menor do que a recomendada. Esse fato não chega a ser um problema quando se pensa em prevenção de dermatite em pacientes colostomizados, já que o efluente exonerado nesse segmento intestinal possui pH mais próximo ao da pele, o que diminui sensivelmente a ocorrência de dermatite periestomia¹⁹. Já os demais pacientes com colostomia tinham a estomia com altura dentro do recomendado.

Diante desses resultados, observa-se que o procedimento de demarcação foi realizado adequadamente na grande maioria dos participantes, demonstrando que os profissionais que executaram o procedimento detinham o conhecimento científico que embasou a escolha do melhor local para exteriorizar a alça intestinal. No entanto, o fato de o paciente se submeter à demarcação pré-operatória da estomia não o isenta totalmente de vivenciar complicações pós-operatórias.

Observou-se que um participante (33,3% dos que apresentaram complicações), apresentou prolapso, com cerca de 30 cm de protrusão de alça intestinal e dermatite periestomia. Uma das formas de prevenir o prolapso é a exteriorização da estomia sob o músculo reto abdominal, que fornece apoio muscular necessário³.

A presença de prolapso dificulta a adaptação do equipamento coletor à pele, já que nesses casos é necessária a utilização de equipamentos cuja base seja flexível, com área de recorte e fixação maior do que a média usual. A capacidade de armazenamento das bolsas também deve ser maior. Em muitos casos, é conveniente utilizar acessórios e adjuvantes como protetores à base de resina em pasta ou protetores cutâneos na região periestomia¹⁰.

Outra complicação evidenciada foi a dermatite periestomia, relatada por três pacientes. A dermatite é uma das complicações mais frequentes em pacientes com estomia^{8,9,20,21}. Pode ser definida como um processo agudo ou crônico, acompanhado ou não de ruptura da integridade do tegumento, afetando a área de pele periestomia⁹.

Os principais fatores desencadeantes da dermatite são: contato com o efluente da pele periestomia, com o efluente da ileostomia ou da colostomia, alergia aos componentes do equipamento coletor, trauma mecânico e infecção⁷.

Convém salientar que uma das formas de prevenção da dermatite periestomia deve ser feita no período que antecede a cirurgia geradora da estomia, por meio da demarcação, visto que a boa localização da estomia facilita o autocuidado e a reabilitação⁹.

Aliado à demarcação, outro fator que contribui positivamente para a manutenção da integridade da pele periestomia é a adequada orientação do paciente/cuidador sobre os procedimentos corretos para o cuidado da estomia e da pele periestomia no período que antecede a alta hospitalar⁹.

Buscando saber quais profissionais realizaram as demarcações, este estudo aponta que 11 pessoas (73,3%) tiveram o procedimento realizado pelo profissional médico, que também é indicado para sua realização⁵. No entanto,

três (20%) referiram não lembrar qual foi o profissional que realizou o procedimento e apenas um paciente (6,7%) relatou que esse foi realizado pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Este dado revela um aspecto importante no que diz respeito à atuação do profissional estomaterapeuta na assistência a pacientes submetidos à confecção de estomias. É alarmante constatar que apenas um paciente teve sua estomia demarcada pelo estomaterapeuta, que é o profissional mais indicado para realizar esse procedimento^{3,5}.

Sabe-se que, na ausência do enfermeiro estomaterapeuta, esse procedimento pode e deve ser realizado por um enfermeiro capacitado, porém muitos enfermeiros que atuam nesse segmento de assistência ainda desconhecem a existência da técnica e sua importância²². Em estudo realizado em 1981, a autora já sinalizava como problema o baixo número de pessoas demarcadas no pré-operatório, afirmando que a demarcação é negligenciada por parte dos enfermeiros brasileiros²³.

Passados mais de 30 anos, essa realidade parece não ter mudado e abre espaço para reflexões sobre como o enfermeiro, em seu espaço de trabalho, pode planejar e sistematizar a assistência de enfermagem de forma individualizada, com vistas a promover uma reabilitação eficiente do paciente que necessita da confecção da estomia intestinal, voltada ao autocuidado e à minimização das complicações pós-operatórias.

Não se pode negar que o número de enfermeiros estomaterapeutas atuando na assistência hospitalar ainda está aquém do necessário para atender toda a demanda, já que ele desenvolve atividades administrativas e também na área de feridas e incontinências urinária e anal, sendo que, por questões institucionais, muitas vezes ele prioriza questões administrativas ou, ainda, destina seu tempo de assistência aos pacientes com lesões de pele, deixando de assistir de forma direta os pacientes que se submetem à confecção da estomia intestinal.

No entanto, o enfermeiro estomaterapeuta deve legitimar seu espaço de atuação na área de atenção às pessoas com estomias no nível hospitalar, e uma das formas de fazer isso seria a execução de procedimentos que são de sua responsabilidade nesta área específica, sendo um deles a demarcação de estomias intestinais no pré-operatório.

É importante ressaltar que o cuidado e a orientação de pessoas com estomias intestinais são práticas interpessoais extremamente importantes para a assistência individualizada de qualidade, e, neste contexto, está incluída a demarcação

pré-operatória da estomia, pois esta representa um procedimento decisivo para o processo de reabilitação da pessoa²⁴.

As limitações deste estudo estão relacionadas à dificuldade em localizar, via contato telefônico, seus participantes, visto que o cadastro da referida associação estava desatualizado, impossibilitando contatar um número maior de pessoas com estomias que pudessem preencher os critérios do estudo, o que impediu que este pudesse ser realizado com um maior número de participantes.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que as complicações relacionadas a pacientes submetidos à demarcação foram a dermatite e o prolapso de alça intestinal. Sabe-se que a demarcação pré-operatória de estomias é um procedimento que não garante totalmente a ausência de complicações pós-operatórias, mas contribui para reduzir o risco de complicações e, assim, a convivência com a estomia pode se tornar menos traumática, sendo o paciente assistido adequadamente pelos profissionais responsáveis pelo seu tratamento.

Assim, o enfermeiro estomaterapeuta assume um papel importante nesse contexto, já que ele deve assumir a responsabilidade pela execução desse procedimento em seu espaço de atuação; no entanto, a demarcação da estomia é ainda, para muitos enfermeiros especialistas em estomaterapia, algo pouco realizado, muitas vezes visto apenas durante a realização da especialização.

Para que aconteça uma mudança nessa realidade, é necessário que o estímulo à realização desse procedimento ocorra nos espaços de formação e assistência, com capacitações também práticas, já que se trata de um direito conquistado pelas pessoas com estomia e o profissional estomaterapeuta tem como dever, no seu espaço de trabalho, garantir que todos tenham acesso a este procedimento, que deve fazer parte da consulta de enfermagem pré-operatória.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Contextualização, Thum M e Paula MAB; Metodologia, Thum M; Paula MAB e Morita ABSP; Redação – Primeira versão, Thum M; Balista ALB; Franck EM e Lucas PCC; Redação – Revisão & Edição, Thum M e Paula MAB.

REFERÊNCIAS

1. Charter of Ostomates Rights [Internet]. IOA Coordination Committee: International Ostomy Association; 1993 [atualizado 2007; citado 2018 Set]. Disponível em: <https://www.ostomyinternational.org/about-us/charter.html>
2. American Society of Colon and Rectal Surgeons; Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(6):627-8. <https://doi.org/10.1097/01.won.0000299812.08533.a6>
3. Cesaretti IUR, Paula MAB. Demarcação do local para abertura da estomia: fundamentos teóricos da prática. In: Cesaretti IUR, Paula MAB, Paula PR, editores. *Estomaterapia: temas básicos em estomas*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p. 121-31.
4. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient with a Fecal or Urinary Ostomy – An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* January/February 2018;45(1):50-8 <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000396>
5. World Council of Enterostomal Therapists. WCET International Ostomy Guideline Recommendations. *WCET Journal.* 2014;34(2).
6. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, et al. WOCN Society and ASCRS position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(3):249-52. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000119>
7. Paula MAB, Cesaretti IUR. Como cuidar de pessoas com estomias complicadas. In: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR, editores. *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p. 169-82.
8. Paula PR, Matos D. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestomia. In: Santos VLCCG, Cesaretti IUR, editores. *Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomias*. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 311-9.
9. Cesaretti IUR, Santos VLCCG. Pele periestomia: prevenção e tratamento de lesão. In: Paula MAB, Paula PR, Cesaretti IUR, editores. *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p. 133-50.
10. Asociación Mexicana de Cirugía General; Asociación Mexicana del Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas. Guía de Práctica Clínica basada en evidencia científica para el marcaje y manejo integral de personas adultas con estomas de eliminación [Internet]; 2011 [citado 2014 Mar]. Disponível em: https://amcgmx.files.wordpress.com/2012/06/guia_estomas_2011.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, 12 dezembro 2012. Brasília, 2012.
12. Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(5):32-8. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692001000500006>
13. Ecco L, Dantas FG, Melo MDM, Freitas LS, Medeiros LP, Costa IKF. Perfil de pacientes colostomizados na Associação dos Ostomizados do Rio Grande do Norte. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther.* 2018;16(351). https://doi.org/10.30886/estima.v16.351_pt
14. Barbosa MR, Simon BS, Tier CG, Garcia RP, Siniak DS, Rodrigues SO. Perfil de pessoas com estomias de um serviço de saúde municipal no Sul do Brasil. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther.* 2018;16(1318). https://doi.org/10.30886/estima.v16.465_pt
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
16. Colwell JC, Gray M. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(5):492-6. <https://doi.org/10.1097/01.won.0000290726.08323.a6>
17. Kamada I, Faustino AM, Silva ALS, Vieira ABD, Borges CT. Conhecimento acerca da Estomia Intestinal por Pacientes Acompanhados em um Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia: Estudo Qualitativo. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther.* 2011;9(4).
18. Sena JF, Medeiros LP, Melo MDM, Souza AJG, Freitas LS, Costa IKF. Perfil de estomizados com diagnóstico de neoplasias cadastrados em uma associação. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(2):873-80.
19. Duarte AMS. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de estomias intestinais [dissertação]. Alfenas: Universidade José do Rosário Vellano; 2009.
20. Salvadalena GD. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(4):400-6. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318295a12b>
21. 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>
22. Andrade DB, Santos CRS. Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à confecção de estoma intestinal e urinário em dois hospitais do Sul de Minas Gerais. Congresso Unificado UNILAVRAS – II Fórum Científico do Unilavras; 2013; Lavras/MG, BR.
23. Zerbetto GM. Roteiro para avaliação do nível de problemas do paciente colostomizado [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1981.
24. Pinto IES, Queirós SMM, Queirós CDR, Silva CRR, Santos CSVB, Brito MAC. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de complicações do estoma de eliminação e da pele periestomal. *Rev Enf Ref.* 2017;IV(15). <https://doi.org/10.12707/RIV17071>