






Caracterização dos idosos com estomia intestinal atendidos em centro de referência do estado da Bahia

Characterization of elderly people with an intestinal stoma at a reference center in the state of Bahia

Caracterización de los ancianos con estoma intestinal atendidos en centro de referencia del estado de Bahia

Lília Improta de Andrade¹, Andrea Alves Pinho¹, Alba Carolina Andrade Mascarenhas¹, Eline Lima Borges^{2,*}, José Ferreira Pires Junior³

ORCID IDs

Andrade LI  <https://orcid.org/0000-0001-9295-5127>
Pinho AA  <https://orcid.org/0000-0003-0096-5956>
Mascarenhas ACA  <https://orcid.org/0000-0001-9515-9767>
Borges EL  <https://orcid.org/0000-0002-0623-5308>
Pires Junior JF  <https://orcid.org/0000-0002-6019-0198>

COMO CITAR

Andrade LI; Pinho AA; Mascarenhas ACA; Borges EL; Pires Junior JF. Caracterização dos idosos com estomia intestinal atendidos em centro de referência do estado da Bahia. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 17, 2019: e2619. https://doi.org/10.30886/estima.v17.700_PT

RESUMO

Objetivo: Caracterizar, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, os pacientes idosos com estomia intestinal cadastrados em um Centro de Referência da rede pública de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com amostra de 33 pacientes idosos com estomia intestinal que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram extraídos do prontuário, da entrevista e avaliação da estomia e pele ao redor, analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Os pacientes realizaram cirurgia em hospitais públicos e privados, 54,5% eram do sexo feminino, 51,6% casados ou em união estável, média de idade de 68,03 ($\pm 7,2$) anos, 69,7% tiveram câncer como causa da estomia, 66,7% eram temporários e 81,8% colostomias. Houve predomínio de estomias de formato regular e redondo, diâmetro entre 10 a 64 mm e protrusão média de 2,79 mm ($\pm 5,1$), utilização de bolsa drenável com recorte maior que a estomia, 51,5% demandavam auxílio parcial ou completo para os cuidados com estomia e dispositivo. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar o perfil dos idosos com estomia intestinal, o que possibilitará a adequação do planejamento da assistência especializada e da provisão de equipamentos coletores e adjuvantes no contexto do estado.

DESCRITORES: Colostomia; Ileostomia; Saúde do idoso; Perfil de saúde; Estomaterapia.

ABSTRACT

Objective: To characterize the elderly patients with intestinal stoma, enrolled in a Reference Center of the public health network of the state, regarding sociodemographic and clinical aspects. **Method:** This is a cross-sectional descriptive study with a sample of 33 elderly patients with intestinal stoma who met the inclusion criteria. Data were extracted from the medical record, interview and evaluation of the stoma and surrounding skin, analyzed through descriptive statistics. **Results:** patients underwent surgery in public and private hospitals, 54.5% were female, 51.6% married or in stable union, mean age was 68.03 (± 7.2) years, 69.7% had cancer as a cause of the stoma, 66.7% were temporary and 81.8% were colostomies. There was a predominance of stomas with a regular and

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia – Salvador/BA – Brasil.

2. Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem – Departamento de Enfermagem Básica – Belo Horizonte/MG – Brasil.

3. Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem – Belo Horizonte/MG – Brasil.

*Autor correspondente: eborges@ufmg.br

Recebido: Jan. 10, 2019 | Aceito: Nov. 11, 2019

round shape, diameter between 10 and 64 mm and a mean protrusion of 2.79 mm (± 5.1), use of a drainage bag with a cut greater than the stoma, 51.5% for stoma and device care. **Conclusion:** the study allowed to identify the profile of the elderly with intestinal stoma, which will allow the adjustment of the specialized assistance planning and the provision of collecting equipment and adjuvants in the context of the state.

KEYWORDS: Colostomy; Ileostomy; Health of the elderly; Health profile; Enterostomal therapy.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los pacientes ancianos con estoma intestinal, registrados en un Centro de Referencia de la red pública de salud del estado, en cuanto a los aspectos sociodemográficos y clínicos. **Método:** se trata de una investigación descriptiva, transversal, con muestra de 33 pacientes ancianos con estoma intestinal que atendieron a los criterios de inclusión. Los datos fueron extraídos del prontuario, de la entrevista y evaluación del estoma y piel alrededor, analizados por medio de la estadística descriptiva. **Resultados:** los pacientes realizaron cirugía en hospitales públicos y privados, 54,5% eran del sexo femenino, 51,6% casados o en unión estable, promedio de edad de 68,03 ($\pm 7,2$) años, 69,7% tuvieron el cáncer como causa del estoma, el 66,7% eran temporales y el 81,8% colostomías. Se observó un predominio de estomas de formato regular y redondo, diámetro entre 10 a 64 mm y protrusión media 2,79 mm ($\pm 5,1$), utilización de bolsa drenable con recorte mayor que el estoma, 51,5% demandaban auxilio parcial o completo para el cuidado de estoma y dispositivo. **Conclusión:** el estudio permitió identificar el perfil de los ancianos con estoma intestinal lo que posibilitará la adecuación de la planificación de la asistencia especializada y de la provisión de equipos colectores y adyuvantes en el contexto del estado.

DESCRIPTORES: Colostomía; Ileostomía; Salud del anciano; Perfil de salud; Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Nos países desenvolvidos, de alta renda *per capita*, a expectativa de vida aumentou nas últimas décadas. A diminuição de alguns fatores de risco contribuiu para esse evento. Os principais fatores são a redução do uso de tabaco e a mortalidade por doenças cardiovasculares (tanto para homens quanto para mulheres)¹.

O envelhecimento faz parte da realidade da sociedade de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, representado pela redução do número de crianças e jovens em detrimento do aumento de pessoas com idade de 65 anos ou mais. Essa afirmativa é amparada pela estimativa de que, em 2050, haverá dois bilhões de pessoas idosas em todo o mundo².

O aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e a existência de programas efetivos de triagem para câncer colorretal têm propiciado o aumento do número de pessoas com estomia intestinal (ileostomia e colostomia) em diversos países³. Inclusive, espera-se que o número de idosos com estomia também aumente nos próximos anos⁴.

Aspectos genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida podem influenciar no aparecimento do câncer colorretal, considerando que essa é uma doença multifatorial. As diferenças geográficas observadas na incidência da doença possivelmente refletem a adoção de hábitos ocidentais, principalmente os relacionados ao

sedentarismo e à alimentação pobre em fibra e rica em carne vermelha⁵.

Vários estudos realizados no Brasil para caracterizar os pacientes com estomia de eliminação identificaram predomínio de pessoas idosas⁶⁻⁹. Apesar dessa tendência, é escasso o número de estudos epidemiológicos realizados exclusivamente com pacientes idosos. Por isso, infere-se que há diferenças de demandas de cuidados entre os pacientes adultos e idosos com estomia.

Os autores de um estudo realizado com pessoas idosas com estomia intestinal identificaram que essas pessoas não aceitaram suas condições de saúde, culminando com a rejeição do tratamento. Tal atitude resultou em prejuízos ocupacionais e sociais para esses idosos, com perda da autoestima e isolamento social e familiar¹⁰.

Portanto, o presente estudo busca elucidar a questão relativa ao perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes idosos com estomia atendidos no centro de referência do estado da Bahia, considerando a ausência desses registros nos documentos oficiais do estado.

Espera-se que os resultados deste estudo sobre pessoas idosas com estomia possam embasar os gestores e enfermeiros, com destaque para os especialistas em estomaterapia, no planejamento das ações em saúde, na previsão, na provisão de insumos, na assistência prestada e, enfim, na organização dos serviços para o atendimento aos usuários idosos.

OBJETIVO

O estudo teve o objetivo de caracterizar, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, os pacientes idosos com estomia intestinal cadastrados em um centro de referência da rede pública de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, exploratório, descritivo, realizado em uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), Centro Especializado em Reabilitação (CER III), referência para pacientes do estado da Bahia (BA). Está localizado no município de Salvador, local onde ocorria a entrega dos dispositivos coletores, adjuvantes e atendimento dos pacientes com estomia.

No período de julho a outubro de 2018, quando ocorreu a coleta de dados para o estudo, estavam cadastrados 1.807 usuários, com atendimento de 1.445 usuários. Destes, 1.012 (70%) tiveram o atendimento por meio do representante legal e 433 (30%) de forma presencial (Fig. 1).

A amostra foi de conveniência, ou seja, não probabilística, em função de limitações de tempo e recursos. Para participar do estudo, o usuário atendeu aos seguintes critérios de inclusão: ser cadastrado no serviço de referência com comparecimento presencial, ter idade de 60 anos ou mais, possuir algum tipo de estomia de eliminação intestinal (ileostomia ou colostomia) e ter capacidade para responder as questões da entrevista e submeter-se à avaliação física com a retirada do dispositivo coletor para avaliação da estomia e da pele ao redor.

Considerando os critérios de inclusão, 33 usuários participaram da amostra do estudo.

A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem, previamente agendada, conforme rotina do serviço, e consistiu do histórico (entrevista), avaliação da estomia, da pele ao redor e do dispositivo em uso. Os procedimentos demandaram em média de 40 a 60 min.

Foi utilizado formulário estruturado para registro dos dados referentes à identificação pessoal, variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, profissão/ocupação, renda mensal, procedência, condições de saneamento da residência) e clínicas (uso de cigarro e bebida alcoólica, motivo e local da realização da estomia, doenças associadas, medicamentos em uso, estado geral, forma de deambulação, tipo e características da estomia e da pele ao redor, incluindo presença de complicações). Foram incluídas variáveis relacionadas ao autocuidado, efluente, dispositivo coletor e seu manejo.

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados criado no programa EpiData, exportados para o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e analisados por meio da estatística descritiva.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 49807115.0.0000.5149. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi garantido aos mesmos o anonimato e a isenção de ônus financeiro.

RESULTADOS

Os dados demográficos revelaram que 18 (54,5%) participantes eram mulheres. A idade variou de 60 a 86 anos, média 68,0 (\pm 7,2) anos, sendo que 23 (69,7%) tinham de 60 a 70 anos, sete (21,2%) de 71 a 80 anos e três (9,1%) mais de 80 anos. Quanto ao estado civil, 17 (51,5%) estavam casados ou em união estável, nove (27,3%) solteiros ou separados e sete (21,2%) estavam viúvos. Quanto à cor declarada, 13 (39,4%) eram brancos, 13 (39,4%) pardos e sete (21,2%) pretos.

A média de período de estudo da amostra foi 7,4 (\pm 3,7) anos, variando de 0 a 15 anos, sendo que 29 (87,9%)

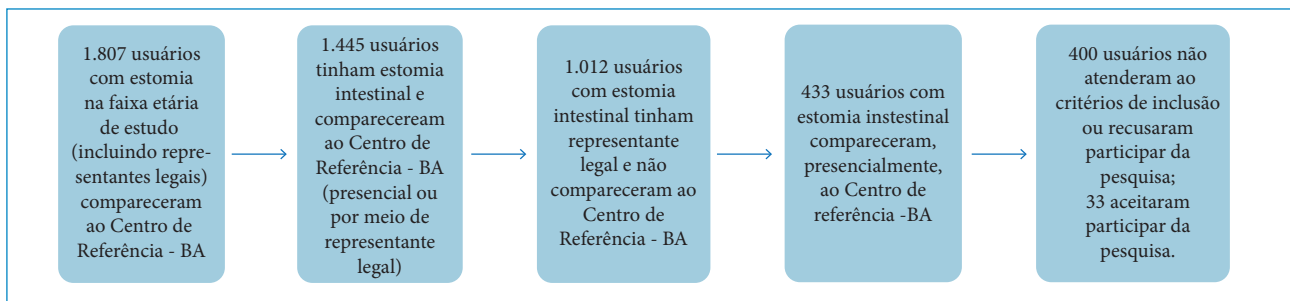


Figura 1. Processo de seleção da amostra

foram considerados alfabetizados. Dos 33 participantes, 21 (63,6%) tinham entre 1 e 9 anos de estudo, sete (21,2%) de 10 a 12 anos, três (9,1%) 13 anos e dois (6,1%) mais de 13 anos de estudo.

Para a renda mensal foi considerada o número de salário mínimo (SM) recebido pelo participante. O valor do SM era de R\$ 954,00 no período da realização do estudo. Os participantes recebiam de 1 a mais de 5 SM e a renda de 23 (69,7%) era proveniente da aposentadoria. Dos 33 participantes, 20 (60,6%) tinham renda de 1 SM, nove (27,3%) de 2 SM, três (9,1%) de 3 SM e um (3,0%) recebia mais de 5 SM.

Em relação ao local de residência, um (3,0%) participante morava no estado de Pernambuco, na cidade de Petrolina que dista 500 km de Salvador, local do centro especializado; 16 (48,5%) residiam em outros municípios do estado da Bahia, sendo dois em Simões Filho (27,5 km) e um participante em cada uma destas cidades: Livramento (722 km), Barra (678 km), Piatã (572 km), Canarana (538 km), Ibipeba (516 km), Irecê (481 km), Antas (345 km), Mundo Novo (303 km), Rio Real (208 km), Teofilândia (203 km), Madre de Deus (63 km), Mata de São João (56 km), Camaçari (41 km). Na cidade de Salvador viviam 16 (48,5%) participantes. As casas de quatro (12,1%) participantes não dispunham de água tratada, rede de esgoto e recolhimento de lixo.

No que se refere às características clínicas dos participantes, quatro (12,1%) fumavam e o número de cigarros era de 3 a 10 por dia; cinco (15,2%) ingeriam bebida alcoólica diariamente e 10 (30,3%) estavam em abstinência. Outros dados clínicos encontram-se na Tabela 1.

Em relação ao tratamento medicamentoso, 25 (75,8%) participantes faziam uso de um ou dois medicamentos; 18 (51,4%) utilizavam anti-hipertensivo, cinco (14,3%) protetor gástrico, três (8,6%) hipoglicemiantes orais, um (2,8%) analgésico. Em relação ao tratamento para câncer, quatro (11,4%) estavam em tratamento de quimioterapia e quatro (11,4%) em radioterapia.

Os participantes realizaram a cirurgia que resultou na estomia em instituições hospitalares da rede pública ou privada da cidade de Salvador, 22 (66,7%) fizeram-na em hospitais públicos e 11 (33,3%) em privados. O intervalo de tempo entre a alta hospitalar e a admissão no CER III variou de menos de 1 mês a 12 anos; sendo que para 29 (87,9%) participantes o intervalo foi inferior a um ano, com destaque para 21, cujo intervalo foi inferior a 1 mês.

No momento da coleta de dados, os participantes apresentavam estomia entre menos de 1 a 26 anos; sendo que 13 (39,4%) participantes tinham estomia há 1 mês ou menos, quatro (12,1%) entre 2 e 3 meses, três (9,1%) entre 6 e 11 meses e 13 (39,4%) participantes há mais de 1 ano. Com relação às características específicas da estomia, todos

Tabela 1. Variáveis clínicas dos pacientes da amostra.

Variável	Categorias	n (%)
Doença que levou à confecção da estomia (CID)	Câncer de reto (C20)	21 (63,7)
	Abdome agudo obstrutivo (K56.6)	3 (9,1)
	Obstrução intestinal volvo (K56.2)	3 (9,1)
	Câncer de canal anal (C21)	2 (6,0)
	Lesão traumática em região anal (C36.5)	2 (6,0)
	Diverticulite (K57)	1 (3,0)
	Megacolon na doença de Chagas (K93.1)	1 (3,0)
Doenças associadas [†]	Hipertensão arterial sistêmica	18 (48,6)
	Cardiopatias	7 (18,9)
	Diabetes mellitus	5 (13,5)
	Depressão	3 (8,1)
	Doença pulmonar obstrutiva	2 (5,4)
	Hipercolesterolemia	2 (5,4)
Estado geral	Bom	28 (84,8)
	Regular	5 (15,2)
Locomoção	Deambulação independente	31 (93,9)
	Deambulação com ajuda de prótese	2 (6,1)

[†]Dos 25 pacientes que apresentavam doenças associadas, 13 tinham uma doença e 12 tinham duas doenças.

os participantes tinham somente uma estomia, 27 (81,8%) apresentavam colostomia e 6 (18,2%) tinham ileostomia. Das 33 estomias, 22 (66,7%) eram de caráter temporário e 11 (33,3%) definitivo, 22 (66,7%) apresentavam formato regular e redondo e 6 (18,2%) eram irregulares. O diâmetro da estomia variou de 10 a 64 mm, com média de 32,9 mm ($\pm 11,3$). A protrusão da estomia variou de 0 a 20 mm, com média 2,8 mm ($\pm 5,1$). Quanto à localização das estomias, 17 (51,5%) estavam no quadrante inferior esquerdo.

Com relação às complicações, 19 (57,6%) participantes apresentaram de 1 a 4 complicações. Destes 19, nove (47,4%) participantes apresentaram uma complicação, sete (36,8%) duas complicações, dois (10,5%) três complicações e um (5,3%) apresentou quatro complicações. As complicações mais frequentes foram dermatite (48,5%), retração (24,2%), prolapso (15,2%), granuloma (6,0%) e hérnia (6,0%).

Todos os participantes utilizavam dispositivo coletor drenável, 32 deles (97,0%) com base recortável, cujo recorte variou de 15 a 70 mm, e 12 (36,3%) participantes necessitaram de adjuvantes, sendo que 7 utilizaram um produto (pasta de resina sintética), 2 utilizaram dois produtos (pasta de resina sintética com pasta ou com cinto) e 3 utilizaram três produtos (pasta e pó de sintética e cinto). Todos os participantes afirmaram ter recebido número suficiente de dispositivo coletor e adjuvante para o período estabelecido. O número de trocas de dispositivo por semana variou de uma a sete vezes (Tabela 2).

Com relação ao recorte da placa do dispositivo coletor, 23 (69,7%) participantes apresentaram orifício superior à estomia que variou de 4 a 39 mm (Fig. 2).

Com relação à consistência do efluente, 15 (45,5%) participantes apresentaram eliminações pastosas, 9 (27,3%) semipastosas, 6 (18,2%) líquidas e 3 (9,1%) com eliminações formadas. O padrão de eliminação variou de uma a inúmeras

Tabela 2. Características dos dispositivos e adjuvantes utilizados pelos participantes.

Variável	Categorias	n (%)
Número de peças	Uma	21 (63,6)
	Duas	12 (36,4)
Tipo de placa	Recortável	32 (97,0)
	Pré-cortada	1 (3,0)
Trocas/ semana	1	6 (18,2)
	2	16 (48,5)
	3	5 (15,2)
	4	4 (12,1)
	7	2 (6,0)

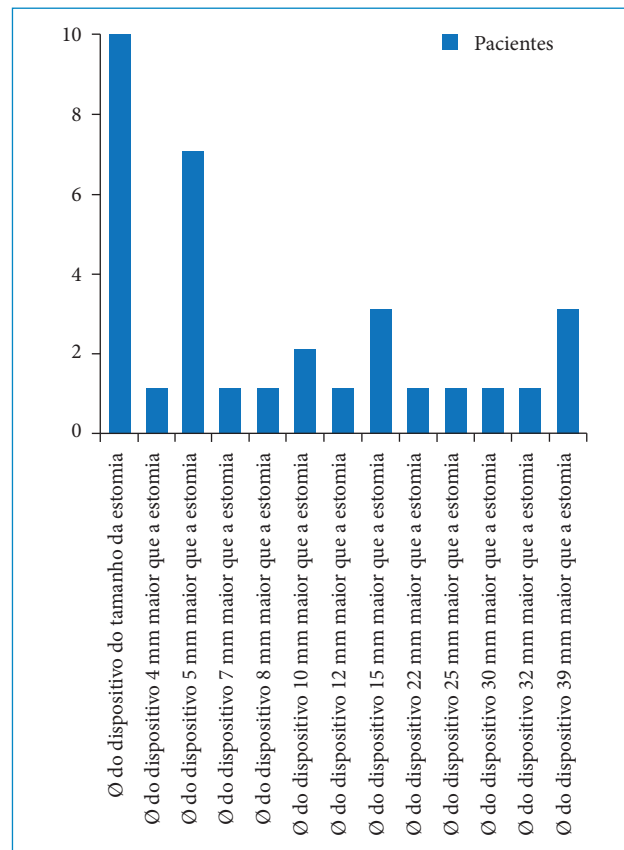


Figura 2. Diâmetro de recorte do dispositivo em relação ao tamanho da estomia.

vezes por dia, sendo que 12 (36,4%) participantes tinham duas eliminações, 9 (27,3%) de quatro a cinco vezes, 6 (18,2%) três vezes, 3 (9,1%) inúmeras vezes e 3 (9,1%) uma vez ao dia. A eliminação de flatos foi relatada por 25 (75,8%) participantes, sendo que 13 (39,4%) queixaram de odor desagradável.

Todos os participantes eram avaliados periodicamente pelo enfermeiro do serviço de referência. Com relação à prestação do autocuidado com a estomia e manejo do dispositivo, 17 (51,5%) participantes demandavam auxílio parcial ou completo para esses cuidados, 11 (33,3%) não faziam a higienização do dispositivo e 17 (51,5%) não realizavam troca. O motivo para a não realização plena do autocuidado para 30 (90,9%) participantes foi a negação do estado de saúde e para 3 (9,1%) estava relacionado com limitações físicas.

DISCUSSÃO

Os resultados aqui alcançados têm importância para futuras intervenções no planejamento e aprimoramento da

assistência aos pacientes com estomia no serviço de saúde, considerando as especificidades da pessoa idosa. Um resultado que destacou foi o não comparecimento de 70% dos usuários à consulta com o enfermeiro do CER III encaminhando o representante legal para pegar o dispositivo coletor. Isso pode ter ocorrido pelo fato de o usuário ser pessoa idosa que residia em município de até 720 km de distância do serviço de referência.

Os usuários eram provenientes de muitos municípios de diversas regiões da Bahia, inclusive um dos participantes era originário do interior do estado de Pernambuco (Petrolina), que faz divisa com o estado da Bahia. Tais informações demonstram a necessidade de buscar estruturar e implementar polos de atendimento especializado no estado da Bahia e em outros estados brasileiros, oportunizando maior proximidade para os usuários buscarem seu atendimento. Dado semelhante foi encontrado no estudo realizado no estado do Pará, onde cerca de 38% dos usuários atendidos na capital eram oriundos de municípios do interior do estado¹¹.

Desde 2003, os brasileiros idosos têm determinados direitos assegurados por meio da Lei nº 10.741, com destaque para a instituição do Estatuto do Idoso, que regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Também assegurou a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS)¹². Outro avanço ocorreu em 2006 quando o Ministério da Saúde estabeleceu, em conjunto com as esferas estaduais e municipais de saúde, o compromisso em investir na qualidade da atenção prestada pelo SUS às pessoas com mais de 60 anos. Outro destaque foi o registro da saúde da pessoa idosa como uma das áreas prioritárias do SUS ocorrido nesse mesmo ano².

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz em suas diretrizes condições necessárias para atender a demanda desse grupo de pessoas nos diversos aspectos¹³, incluindo as alterações decorrentes do próprio envelhecimento que podem favorecer o aparecimento de doenças, como o câncer de cólon e reto.

A maioria da amostra era formada por pessoas idosas da faixa etária de 60 a 70 anos, com ensino fundamental incompleto, mulheres, cuja principal causa de indicações das estomias foi a neoplasias, especialmente o câncer colorretal. Esse dado é corroborado por outros estudos, que identificaram o câncer como principal motivo das intervenções cirúrgicas para estomia intestinal. Esse dado pode justificar o maior índice de estomias do tipo colostomia, evidenciado neste e em outros estudos¹⁴⁻¹⁷.

Em 2017, estimava-se que no estado da Bahia ocorreriam 1.370 casos novos de câncer de cólon e reto no ano 2018¹⁸. O tratamento dessa doença, na maioria das vezes, envolve a realização de cirurgia que gera a confecção de estomia de eliminação, isto é, ileostomia ou colostomia.

Fatores de risco relacionados ao estilo de vida contemplam o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física¹⁹.

A idade é fator que parece contribuir na mortalidade por câncer colorretal. Esse dado foi confirmado por estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, que identificou a relação do envelhecimento com o aumento da taxa de mortalidade pela neoplasia, considerando os óbitos entre indivíduos com mais de 35 anos de idade entre 1980 e 2014²⁰.

O aumento do número de pessoas com idade de 65 anos e mais em relação ao número de crianças e adolescentes já é realidade da população de países em desenvolvimento como o Brasil e sabe-se que a incidência e a mortalidade do câncer colorretal aumenta progressivamente com o avançar da idade¹⁶. Esse tipo de câncer possui relevância epidemiológica em nível mundial, considerando que é a terceira neoplasia maligna mais diagnosticada e a quarta principal causa de morte por câncer. No Brasil, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens ocupa a quarta posição nas Regiões Nordeste e Norte. Para as mulheres, é o terceiro mais frequente nessas mesmas regiões¹⁸.

Mesmo os pacientes que realizaram a cirurgia em hospital privado foram encaminhados para o serviço de referência do SUS (CER III). A assistência prestada pela equipe multiprofissional às pessoas com estomia fundamenta-se no objetivo de alcançar sua reabilitação o mais rápido possível. Essa reabilitação envolve algumas mudanças e adaptações das pessoas acometidas pelo problema para que enfrentem o novo estilo de vida, relacionadas ao aspecto físico, social e psicoemocional²¹.

Nos últimos anos, alguns esforços foram envidados para diminuir o sofrimento das pessoas com estomia, com destaque para o Ministério da Saúde que, por meio da publicação da Portaria nº 400/2009, estabeleceu diretrizes nacionais no âmbito do SUS para a atenção à saúde dessas pessoas que apresentem indicação para concessão de dispositivos coletores²².

O profissional que presta assistência ao paciente com estomia deve ter conhecimento aprofundado referente às

características dos equipamentos disponíveis no mercado, bem como da estomia e dos hábitos de vida. A indicação do equipamento adequado para o paciente é imprescindível, considerando os aspectos que tragam benefícios como conforto, segurança e praticidade, incluindo a proteção da pele, adaptação adequada e permanência do dispositivo na região periestoma²³. O acesso à diversidade de dispositivos coletores não era realidade dos usuários do serviço onde o estudo foi realizado, uma vez que estava disponível apenas bolsa coletora drenável, de placa e a maioria recortável. A maioria dos participantes apresentava bom estado geral, com independência para deambulação, entretanto poucos realizavam o autocuidado com a estomia e dispositivo coletor.

Um estudo de abordagem fenomenológica longitudinal foi realizado com 12 participantes com estomia recém-realizada. Os dados foram coletados 3, 9 e 15 meses após a cirurgia, por meio de entrevistas não estruturadas e aprofundadas, cujos dados foram analisados usando uma estrutura iterativa sob medida. Os resultados permitiram identificar três categorias: participação no ambiente social; relações interpessoais – mudanças e desafios; e estabelecer e atingir metas. Os autores concluíram que a cirurgia que culmina com a confecção da estomia altera as formas como as pessoas se relacionam com seu ambiente social e se conectam com outras pessoas, criando autoconsciência e impedindo a confiança e a autonomia sociais. Compreender as implicações sociais da cirurgia de formação de estomia pode ajudar os enfermeiros a fornecerem apoio adequado e responsivo para facilitar a reabilitação social²⁴.

O enfermeiro, especialmente o especialista em estomaterapia, tem papel importante no processo de reabilitação das pessoas com estomia de eliminação. Infere-se que as pessoas idosas possam enfrentar maiores dificuldades durante esse período. Estudo de revisão realizado com amostra de 16 estudos, cuja análise confirmou que o enfermeiro é um dos profissionais mais próximos da pessoa com estomia e de sua família. Deve atuar, sobretudo quando se tratar da pessoa idosa, como um elo entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional de saúde. Nesse sentido, profissionais da área da saúde, especialmente o enfermeiro, devem estar aptos e ser competentes na assistência às diversas demandas de cuidado desse segmento populacional, para que as ações sejam efetivas, resolutivas e, sobretudo, integralmente humanizadas, visando à melhoria da qualidade de vida²⁵.

Acredita-se que quanto menor o grau de instrução maior a dificuldade de entendimento das condições e adaptações

necessárias à reabilitação e à obtenção de um estilo de vida satisfatório. Na maioria dos estudos sobre a temática, os autores confirmam alta ocorrência de não conclusão do ensino fundamental¹⁴⁻¹⁷. Esse dado foi ratificado neste estudo, evidenciando que a maioria dos usuários da amostra possuía ensino fundamental incompleto e a maioria demandava auxílio parcial ou completo para os cuidados com estomia e dispositivo.

A realização de estomia está diretamente ligada ao tipo de intervenção cirúrgica indicada para o tratamento da doença de base. Neste estudo observou-se predominância da localização da estomia em quadrante esquerdo, justificando a preponderância do diagnóstico oncológico e do tipo de efluente pastoso.

Vale salientar que, para se evitar as complicações na estomia e na pele ao redor, é imprescindível um planejamento assistencial que inclua a demarcação prévia na superfície do abdome onde a alça intestinal será exteriorizada e a técnica cirúrgica realizada, associando-se à observância de fatores de risco como idade avançada, fragilidade da musculatura abdominal, aumento de peso corporal no pós-operatório e o uso de dispositivos coletores adequados ao tipo de estomia^{7,17}.

O formato redondo e a protrusão recomendada de 3 a 5 cm, especialmente para estomias do íleo e do cólon direito pode reduzir complicações, uma vez que favorecem a adaptação do equipamento coletor e impede o vazamento do efluente¹⁵. O diâmetro da estomia implica em um dado fundamental para assistência de qualidade ao paciente, uma vez que é dado essencial para a seleção correta do dispositivo coletor. Tal conduta possibilita a adaptação da base adesiva de barreira cutânea na estomia, prevenindo assim lesões da pele ao redor, propiciando maior conforto.

Neste estudo observou-se predominância da utilização da bolsa drenável recortável, com corte da placa de resina maior que o diâmetro da estomia. Esse procedimento deixa a pele exposta à ação do efluente, refletindo diretamente no resultado das complicações identificadas, sendo 48,5% de dermatite. Pode-se inferir que uma das causas prováveis para o erro no recorte se dá pela falta de orientação ou até mesmo assimilação da informação devido à baixa escolaridade dos pacientes. O achado também pode ter sido fomentado pelo grande número de representantes legais comparecendo ao serviço no lugar do usuário.

O tempo de adaptação após a cirurgia é peculiar a cada pessoa com estomia²⁶. Vale destacar que em estudo realizado com 526 pessoas de diversas idades com estomia intestinal, os

autores constataram que os pacientes idosos não apresentaram mais limitações ou impacto psicossocial devido à estomia em comparação com seus pares mais jovens. Ao longo dos anos, o impacto se torna menos distinto²⁷.

Neste estudo foi evidenciado que o motivo para não realização do autocuidado estava relacionado principalmente à negação do estado de saúde. Dados semelhantes foram obtidos em estudo realizado na Holanda, cujos idosos longevos de idade ≥ 80 anos, precisaram de ajuda ou assistência para esvaziar ou substituir a bolsa, principalmente devido à incapacidade de alcançar ou visualizar adequadamente a estomia²⁷.

Em outro estudo realizado em Portugal com inclusão de 55 pacientes com idades variando de 34 a 85 anos, houve predomínio geral de pacientes do sexo masculino, com ileostomia (83,3%), urostomia (75,0%) e colostomia (51,7%). As causas mais comuns para a confecção da estomia foram doenças malignas (90,9%). As colostomias e ileostomias foram realizadas principalmente devido ao câncer retal (69,0 e 55,6%, respectivamente). Apenas um caso de ileostomia (5,6%) foi causado por colite ulcerativa. A urostomia foi realizada devido ao câncer de bexiga em todos os casos (100%). Pacientes com ileostomia e colostomia apresentaram qualidade de vida significativamente inferior comparados aos pacientes com urostomia, sobretudo devido ao impacto nas relações sociais, autoestima e autoimagem²⁸.

Neste estudo, os fatores limitantes encontrados na fase da coleta foram a ausência do próprio usuário, devido à constante representação por procuradores legais e/ou familiares no serviço para recebimento dos dispositivos coletores, a existência de apenas uma sala destinada à consulta do enfermeiro, a recusa do paciente em participar da pesquisa pelo fato de ter que retirar o dispositivo coletor para avaliação da estomia e da pele ao redor, mesmo sabendo que seria colocado outro dispositivo durante a consulta de enfermagem. Os motivos expostos reforçam a necessidade de realização de estudos abrangentes no Brasil.

Os resultados deste estudo provenientes de pequena amostra de usuários revelaram diversas fragilidades que poderão auxiliar a equipe de saúde nas ações voltadas a esse público formado por pessoas idosas e permitiram estabelecer algumas implicações para a reabilitação:

- Ajudar as pessoas idosas com estomia a desenvolverem habilidades competentes de

autocuidado quanto à estomia promoverá autoaceitação e realização do autocuidado;

- Os enfermeiros devem promover o acesso de pessoas idosas com estomia aos serviços de referência para que se adaptam a um novo viver com estomia;
- A exposição gradual à participação social pode gerar sentimentos de controle e confiança para as pessoas com estomia.

Destaca-se a necessidade de reorganização da rede de atendimento, de estabelecer estratégias para melhoria da assistência prestada aos usuários idosos, além de garantir a aquisição e a padronização de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança que atendam às necessidades individuais desses usuários. A tomada de decisão no tratamento da pessoa idosa com estomia intestinal é desafiadora, o que demanda estratégias voltadas para a reabilitação desde o pré-operatório.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar o perfil de usuários idosos com estomia intestinal do centro de referência do estado da Bahia. Os pacientes apresentaram limitações para o autocuidado, utilizavam dispositivo drenável independentemente do tipo de estomia, padrão de eliminação e característica do efluente. O recorte da placa do dispositivo era maior que o diâmetro da estomia, aumentando o risco de dermatite. Muitos eram representados pelo procurador legal ou familiar.

Os achados do estudo possibilitarão a adequação do planejamento da assistência especializada e da provisão de equipamentos coletores e adjuvantes no contexto do estado da Bahia.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Andrade LI, Pinho AA e Borges EL; Metodologia, Andrade LI, Pires Junior JF e Borges EL; Investigação, Andrade LI, Pinho AA e Mascarenhas ACA; Redação – Primeira versão, Andrade LI, Pinho AA e Mascarenhas ACA; Redação – Revisão & Edição, Borges EL e Pires Junior JF; Supervisão, Borges EL.

REFERÊNCIAS

- Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet*. 2015;385(9967):540-48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9)
- Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. 2006 [citado em 09 jun. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
- Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, Angelis R, Capocaccia R. et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*. 2008;9(8):730-56. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70179-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70179-7)
- Bretthauer M. Colorectal cancer screening. *J Intern Med*. 2011;270(2):87-98. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2011.02399.x>
- Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017;66(4):683-91. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310912>
- Luz ALA, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. *Cult de los Cuid*. 2014;18(39):115-23. <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.39.13>
- Moraes JT, Victor DR, Abdo JR, Santos MC, Perdigão MM. Caracterização dos estomizados atendidos pela secretaria municipal de saúde de Divinópolis-MG. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2014;7(3):31-7.
- Barbosa MH, Dal Poggetto MT, Barichello E, Cunha DF, Silva R, Alves PIC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2014;3(1):64-73.
- Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados João Pessoa, Brasil. *Gerokomos*. 2010;21(4):183-90.
- Barros E JL, Santos SSC, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado: reflexão sob a ótica da complexidade. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):844-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500019>
- Silva AC, Silva GNS, Cunha RR. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2012;10(1):20-7.
- Brasil. Presidência da República. Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências [Internet]. 2003 [citado em 09 jun. 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. 2010 [citado em 09 jun. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf
- Almeida EJ, Silva AL. Caracterização do Perfil Epidemiológico dos Estomizados em Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2015;13(1):11-16. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201500010004>
- Miranda SM, Luz MHBA, Sonobe HME, 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>
- 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;16:1-8. https://doi.org/10.30886/estima.v16.351_PT
- Aguiar ESS, Santos AAR, Soares MJGO, Ancelmo MNS, Santos SR. Complicações do Estoma e Pele Periestoma em Pacientes com Estomas Intestinais. *ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther*. 2011;9(2).
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2018 [citado em 09 jun. 2018]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>
- World Cancer Research Foundation; American Institute for Cancer Research (AICR). Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer [Internet]. 2018 [citado em 09 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.aicr.org/continuous-update-project/reports/colorectal-cancer-2017-report.pdf>
- Gasparini B, Valadão M, Miranda-Filho A, Silva CMFP. Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer colorretal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no período 1980 a 2014. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00038017>
- 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):557-564. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300018>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS-SAS Nº 400 de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. 2009 [citado em 20 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html

23. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães EAA. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(1):101-8. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010015>
24. Thorpe G, McArthur M. Social adaptation following intestinal stoma formation in people living at home: a longitudinal phenomenological study. *Disabil Rehabil.* 2017;39(22):2286-93. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1226396>
25. Santos RP, Fava SCL, Dázio EMR. Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer. *J Coloproctol.* 2019;39(3):265-73. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2019.01.001>
26. Fernandes RM, Borges EL, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. *Rev Bras Colo-Proctol.* 2010;30(4):385-92. <https://doi.org/10.1590/S0101-98802010000400001>
27. Verweij NM, Hamaker ME, Zimmerman DDE, van Loon YT, van den Bos F, Pronk A, et al. The impact of an ostomy on older colorectal cancer patients: a cross-sectional survey. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(1):89-94. <https://doi.org/10.1007/s00384-016-2665-8>
28. Silva JO, Gomes P, Gonçalves D, Viana C, Nogueira F, Goulart A, et al. Quality of Life (QoL) among ostomized patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *J Coloproctol.* 2019;39(1):48-55. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.00>