

Universidade Brasil
Campus de Fernandópolis

SELMA DE ANDRADE COELHO

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL
PARA ESTOMIZADOS: CONSTRUÇÃO DE GUIA PARA
AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESTOMA INTESTINAL E/OU
URINÁRIO

PROCESS OF ELABORATION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY
FOR STOMIZED: CONSTRUCTION OF A GUIDE FOR SELF-CARE OF
PEOPLE WITH INTESTINAL AND / OR URINARY STOMA

Fernandópolis, SP
2017

Selma de Andrade Coelho

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL
PARA ESTOMIZADOS: CONSTRUÇÃO DE GUIA PARA
AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESTOMA INTESTINAL E/OU
URINÁRIO

Orientadora: Profa. Dra. Denise Regina da Costa Aguiar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais.

Fernandópolis, SP

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

C62p Coelho, Selma de Andrade
Processo de elaboração de tecnologia educacional para estomizados: construção de guia para autocuidado de pessoas com estoma intestinal e/ou urinário / Selma de Andrade Coelho. – Fernandópolis, 2017.
208 f. : il. ; 29,5cm.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais, da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais.
Orientadora: Profª Dra. Denise Regina da Costa Aguiar

1. Estoma. 2. Enfermagem. 3. Educação em saúde.
4. Autocuidado. 5. Tecnologia Educacional. 6. Educação libertadora. I. Título.

CDD 610.73

Termo de Autorização

Para Publicação de Dissertações e Teses no Formato Eletrônico na Página WWW do Respetivo Programa da Universidade Brasil e no Banco de Teses da CAPES

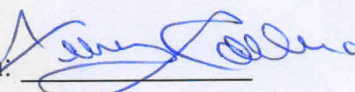
Na qualidade de titular(es) dos direitos de autor da publicação, e de acordo com a Portaria CAPES no. 13, de 15 de fevereiro de 2006, autorizo(amos) a Universidade Brasil a disponibilizar através do site <http://www.universidadebrasil.edu.br>, na página do respectivo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, bem como no Banco de Dissertações e Teses da CAPES, através do site <http://bancodeteses.capes.gov.br>, a versão digital do texto integral da Dissertação/Tese abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira.

A utilização do conteúdo deste texto, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, fica condicionada à citação da fonte.

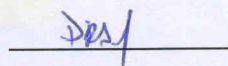
Título do Trabalho: **“PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE GUIA EDUCACIONAL PARA ESTOMIZADOS: construção de guia educativo para o autocuidado de pessoas com estoma intestinal e/ou urinário”**

Autor(es):

Discente: Selma de Andrade Coelho

Assinatura: 

Orientadora: Denise Regina da Costa Aguiar

Assinatura: 

Data: 19/maio/2017



TERMO DE APROVAÇÃO

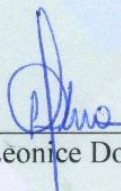
SELMA DE ANDRADE COELHO

**PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE GUIA EDUCACIONAL PARA
ESTOMIZADOS: construção de guia educativo para o autocuidado de pessoas com
estoma intestinal e/ou urinário**

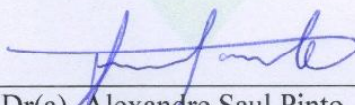
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, pela seguinte banca examinadora:



Prof(a). Dr(a) Denise Regina da Costa Aguiar (Presidente)



Prof(a). Dr(a). Leonice Domingos dos Santos Cintra Lima



Prof(a). Dr(a). Alexandre Saul Pinto

São Paulo, 19 de maio de 2017.

Presidente da Banca Prof(a). Dr(a). Denise Regina da Costa Aguiar

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita bondade e por todas as graças que me tem concedido.

Aos meus pais, Walter e Vilma (*in memoriam*), por me darem a vida, a capacidade e a força de vontade para vencer e por me ensinarem valores fundamentais para a vida.

Aos meus filhos, Cristiane, Viviane e Bruno, pelo incentivo, pelo apoio e pela tolerância de minhas ausências no período de dedicação a este curso.

Aos queridos amigos e colegas que compreenderam a minha ausência e apoiaram com palavras de incentivo e carinho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Denise Regina da Costa Aguiar, pela orientação, pelo incentivo, pela paciência e pela compreensão.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Universidade Brasil, por contribuírem para meu crescimento pessoal e profissional.

À secretária Ecreziana, pelas contribuições para resolver aqueles “probleminhas”, sempre que solicitada. Muito obrigada.

Aos colegas de mestrado, em especial Sebastião, Marcella e Eloainy, que sempre estiveram dispostos a ajudar ao longo dessa jornada, pelos momentos valiosos que vivenciamos nesta etapa de nossas vidas, pela amizade, pela paciência, pelo respeito e pelo incentivo.

Aos profissionais integrantes do Centro de Concessão de Órtese e Prótese – Estomia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, pela contribuição ao presente trabalho.

À enfermeira e amiga Sandra Marina Rosado, pelo incentivo, apoio e auxílio neste trabalho com sua vasta experiência. Você é Máster! Obrigada.

À enfermeira Pollyana, pela motivação e ajuda, que foram essenciais.

Ao Victor, pelo trabalho de revisão de textos e normalização desta dissertação.

À Tauane, designer gráfica, pelos vários contatos para definição dos desenhos e das correções preliminares e finais.

Aos membros da banca, desde já agradeço as contribuições e o olhar atento na avaliação com que vão enriquecer essa pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a efetivação deste trabalho.

A todos vocês, muito obrigada.

PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA ESTOMIZADOS: CONSTRUÇÃO DE GUIA PARA AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM ESTOMA INTESTINAL E/OU URINÁRIO

RESUMO

Este estudo trata do processo de construção de uma tecnologia educacional para mediar à orientação sobre os cuidados à pessoa com estoma intestinal e/ou urinário acolhido em um Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada, de modo a instrumentalizá-la para o autocuidado e favorecer melhorias em sua qualidade de vida. A justificativa deste estudo envolve desde os elevados índices epidemiológicos e a necessidade de estabelecer estratégias educativas para o paciente e seus familiares. Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por um levantamento bibliográfico sobre a temática, que foi desenvolvido em cinco fases: levantamento bibliográfico nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, Scielo Brasil, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde, Medline e Cinahl; levantamento de guias de orientações as pessoas estomizadas por meio da organização global World Council of Enterostomal Therapists (WCET); levantamento de guias publicados entre os fabricantes de material para estomizados; busca entre as dissertações sobre construção de guias de orientação à pessoas estomizadas e por último o levantamento bibliográfico das Diretrizes Baseadas em Evidências. A construção dos guias ocorreu por meio da associação do levantamento bibliográfico e teve por base referencial os princípios da teoria de Orem sobre o autocuidado e das práticas educativas aplicadas à pedagogia da saúde com base na teoria freireana, sobre a educação libertadora, a qualificação e o diálogo entre o sujeito e o profissional, como subsídio à possibilidade de auxiliar família e paciente a modificar o seu estilo de vida e ser o agente de transformação, privilegiando o desenvolvimento da sua autonomia. Pode-se concluir que os objetivos foram alcançados, visto que foi feita a construção dos guias. Objetiva-se que este material educativo, como estratégia para educação em saúde, seja publicado e disponibilizado gratuitamente para todos os pacientes estomizados do referido serviço, pois consideramos ser esta publicação a parte mais valiosa deste estudo. Recomenda-se em outros estudos semelhantes, a participação dos sujeitos, pois retratam necessidades vivenciadas para subsidiar material educativo impresso.

Palavras-chave: Estoma. Enfermagem. Educação em saúde. Autocuidado. Tecnologia Educacional. Educação libertadora.

PROCESS OF ELABORATION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR STOMIZED: CONSTRUCTION OF A GUIDE FOR SELF-CARE OF PEOPLE WITH INTESTINAL AND / OR URINARY STOMA

ABSTRACT

This study is about the construction of an educational technology to mediate the care of an individual with intestinal and / or urinary stoma hosted in a Service of Attention for the Stompted Person, in order to provide them instruments for the self-care and to promote improvements in their quality of life. The justification for this research involves from the high epidemiological indices and the need to establish educational strategies for the patient and his relatives. For the development of this study, a bibliographic survey was chosen on the subject, which was developed in five steps: on the first, a bibliographic survey on the subject was carried out using criteria defined electronically in the Latin American Literature in Health Sciences databases , Scielo Brasil, Spanish Bibliographical Index of Health Sciences, Medline and Cinahl; on the second phase, a survey of national and international guides of the stomized persons by means of the global organization World Council of Enterostomal Therapists (WCET) world council of stomaterapist, an international source about stoma; on the third phase, a survey of published guides among the manufacturers of material for Stomatal; on the fourth phase a search occurred among the dissertations on the construction of guidelines for individuals with a stoma and finally the bibliographic survey of Evidence Based Guidelines. The construction of the guides took place through the association of the bibliographical survey and was based on the principles of Orem's theory of self-care and of the educational practices applied to the pedagogy of health based on Paulo Freire's philosophy, on Education for Liberation, the qualification and the dialogue between the subject and the professional, as a subsidy to the possibility of helping the family and patient to modify their lifestyle and be the agent of transformation, favoring the development of their autonomy.

It is concluded that the objectives were achieved, since the construction of the Educational Guide. It is intended that this educational material, as a strategy for health education, may be published and made available free of charge to all stomized patients, as we consider this publication to be the most valuable part of this study. We recommend that in other similar studies, the subjects' participation, as they portray needs experienced to subsidize printed educational material.

Key words: ostomy; nursing; health education; self-care; educational technology; education for liberation

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama da operacionalização dos procedimentos metodológicos da pesquisa.....	34
---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Número de referências bibliográficas obtidas na base de dados indexados na BVS, Medline e Cinahl de acordo com o cruzamento entre palavras-chave.....44
- Tabela 2:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre tecnologia educacional para estomizados, os critérios de exclusão que eliminaram os artigos e o número de artigos excluídos.....45
- Tabela 3:** Material encontrado nos *sites* de associações brasileiras, segundo o endereço eletrônico, nome/título, número de página, edição e ano.47
- Tabela 4:** Guias disponibilizados pelos fabricantes.....48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASTN	Associação Australiana de Enfermeiros de Terapias Estomais
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Abraso	Associação Brasileira de Ostomizados
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
Bireme	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCOPE	Centro de Concessão de Órtese e Prótese – Estomia
CCR	Câncer colorretal
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CIB/SUS	Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde
Cinahl	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Fegest	Federação Gaúcha de Estomizados
HCU	Hospital de Clínicas de Uberlândia
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IN	Instruções Normativas
IOA	Associação Internacional dos Ostomizados
Lilacs	Literatura Latino-Americana em ciências da saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Literatura Internacional em Ciências da Saúde)
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
NBR	Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas
NHS	Nottingham University Hospitals
NT	Normas Técnicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Público-Alvo
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
PBE	Prática Baseada em Evidência
RAS	Redes de Atenção à Saúde

RDC	Resoluções de Diretoria Colegiada
RE	Resoluções
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontário
SAM	Suitability Assessment of Materials
Saspo	Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Sobest	Associação Brasileira de Estomaterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
WCET	World Council of Enterostomal Therapists
WOCN	Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Fundamentação.....	17
1.1.1	Conceitos, epidemiologia, tratamento e prevenção das doenças relacionadas à confecção de estoma.....	17
1.1.2	Políticas públicas para a pessoa estomizada	19
1.1.3	Atribuições do enfermeiro e seu papel como educador.....	23
1.1.4	Teoria do autocuidado	26
1.1.5	Autonomia do paciente	28
1.1.6	Tecnologia educacional	31
2	MATERIAL E MÉTODOS	34
2.1	Primeira etapa: levantamento bibliográfico nas bases de dados	35
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
3.1	Levantamento bibliográfico nas bases de dados	44
3.2	Levantamento bibliográfico de guias nacionais e internacionais	45
3.3	Levantamento bibliográfico de guias dos fabricantes	47
3.4	Levantamento bibliográfico de dissertação sobre construção de guias para estomizados.....	48
3.5	Levantamento bibliográfico das Diretrizes Baseadas em Evidências	48
3.6	Elaboração do guia educacional.....	49
4	CONSIDERAÇÕES	60
5	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICE A – Guia educacional e de orientação à pessoa com estoma intestinal	77
	APÊNDICE B – Guia educacional e de orientação à pessoa com estoma urinário.	146

1 INTRODUÇÃO

A palavra estoma vem do grego *stocum* e significa *abertura* ou *boca*. Considera-se estomia a abertura cirúrgica de um órgão ou segmento com vistas à derivação e/ou infusão. É indicada nas situações de malformações congênitas e traumática. É adjuvante no tratamento de feridas complexas em região perineal e nas reconstruções cirúrgicas plásticas em períneo, incontinência anal ou urinária severa e irreversível e em doenças neoplásicas [1].

Conforme a etiologia da doença pode ser indicada a realização de um estoma temporário ou definitivo (quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente na situação de câncer) [1].

De acordo com a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 e outras diretrizes do Ministério da Saúde (MS), anualmente cerca de 1,4 milhão de pessoas utilizam os serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo atendido por equipes formadas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista, para intervenções especializadas, orientações para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias, além da prescrição, do fornecimento de bolsas coletoras e adjuvantes de proteção e segurança [2].

O planejamento da assistência pelos profissionais da saúde deve incluir o apoio psicológico e a educação para a saúde de modo que conduza a pessoa estomizada para o autocuidado, o que poderá possibilitar a adaptação fisiológica, psicológica e social do paciente ao processo de viver com uma estomia [3].

As ações de enfermagem tiveram seu enfoque ampliado com o surgimento das políticas de promoção da saúde, principalmente após a criação do SUS, em 1988, com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, em que a educação surge como mola propulsora da promoção à saúde enquanto prevenção e orientação transformadora da realidade [4].

Dessa forma, a dimensão do educar que se apresenta por meio das ações educativas consolida-se no trabalho da enfermagem, com atuação dos profissionais enfermeiros como mediadores do processo ensino-aprendizagem em um processo fundamental para a promoção da saúde.

Nesse contexto, cabe ao enfermeiro, desenvolver um plano de cuidados que envolva desde o pré-operatório, preparar o paciente e familiares para as modificações que o estomizado vivenciará durante seu tratamento, que engloba as mudanças nos padrões de eliminação, dos hábitos alimentares, de higiene pessoal e do equipamento coletor. Com isso se inicia o processo educativo, com o objetivo de reduzir também o medo do paciente, criar e estreitar o vínculo enfermeiro/paciente essencial para as fases seguintes [5].

Nesse processo, o enfermeiro, na condição de educador em saúde, assume o importante papel de conduzir o plano assistencial voltado para a promoção da saúde, por meio de ações educativas buscar formar o paciente utilizando recursos para auxiliar na tomada de decisão de seu autocuidado e em práticas de saúde ajustadas à sua nova condição de vida [6].

Na maioria das vezes, as ações educativas são realizadas por meio de aconselhamentos ao paciente e familiares com o objetivo de formar as pessoas a identificar suas necessidades e promover as mudanças necessárias. Portanto, nos dias atuais é crescente a inovação tecnológica, um importante instrumento à disposição dos profissionais e usuários. O uso desta tecnologia cria um desafio aos profissionais para a construção e difusão do saber e do conhecimento, com vista à melhoria na qualidade de vida [7].

Para Kawamura, tecnologia caracteriza-se por diferentes campos do saber, que, por sua vez, constitui-se dos conhecimentos intrínsecos associados à própria prática, aplicados de forma sistematizada aos padrões científicos e tecnológicos [8].

O termo tecnologia educacional, segundo os Descritores em Ciências da Saúde¹, é definido como “identificação sistemática, desenvolvimento, organização ou utilização de recursos educacionais e o manuseio destes processos” [9]. Quando qualificados na área da educação, esses processos podem ser usados em programas de treinamento e cursos nos vários campos e disciplinas, incluindo-se treinamento de grupos de pessoas.

¹ Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) são um vocabulário estruturado, contém a terminologia padrão em ciências da saúde, em português, espanhol e inglês, utilizada para descrever, organizar e ajudar o pesquisador a encontrar a informação que procura disponível em bases de dados como Lilacs, Medline e Biblioteca Virtual em Saúde (CASTRO, E. Terminologia, palavras-chave descritores em saúde: qual a sua utilidade? **Jornal Brasileiro de AIDS**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 51-61, jan./mar. 2001. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/Artigo.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.).

No contexto da saúde, as tecnologias educativas integram o grupo de tecnologias leves e leves-duras², trazendo novos modelos de gestão do trabalho educativo e do desempenho do processo de cuidar, criar uma nova forma de assistência que envolve o indivíduo em suas necessidades em busca de sua autonomia [10].

Na assistência ao paciente estomizado, é necessário estabelecer estratégias educativas de esclarecimentos, para satisfazer suas necessidades específicas, assim como de seus familiares, com o objetivo de reabilitar e promover melhoria em sua qualidade de vida e suporte emocional para dificuldades afetivas que possa enfrentar em todo esse difícil processo adaptativo.

A inserção das tecnologias educacionais no campo da produção de impressos, folhetos e manuais tem sido observada no contexto da educação em saúde como substitutos ou complementos do diálogo terapêutico, pois amplia as possibilidades de comunicação entre o locutor (enfermeiro), leitor (paciente e família) e o objeto do discurso (material educativo escrito) no processo de ensino e aprendizagem [11].

Dessa forma, admite-se que um guia educativo fundamentado em evidências científicas, com propostas relacionadas aos cuidados e à reabilitação possa ser utilizado como estratégia e instrumento de apoio para melhorar a qualidade de vida de pessoas com estoma de eliminação.

De acordo com Reveles e Takahashi [12], a tecnologia educacional escrita no contexto da educação em saúde é de fundamental valor, uma vez que este recurso promove, além das habilidades de autocuidado, a autonomia do paciente. Portanto, os autores sugerem que cada instituição deva desenvolver seus próprios manuais de acordo com as características e necessidades de seus pacientes estomizados, para melhorar a qualidade da assistência, através da implementação de instrumentos para proporcionar um cuidado mais humanizado, esclarecer as dúvidas do paciente e de seus

² As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas como: leve (se expressa por relações intercessoras entre paciente/trabalhador de saúde, que se configuram na produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), levedura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) [10].

familiares e, principalmente, elevar a autoestima, com enfoque nítido nos manuais de orientação ao estomizado, com apresentação adequada e linguagem acessível.

O interesse pela temática desse estudo emerge de minha experiência profissional há vários anos como enfermeira estomaterapeuta no Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada de Uberlândia/MG. Por ocasião da consulta de enfermagem ao estomizado, percebeu-se a dificuldade dos pacientes e/ou familiar no autocuidado com o estoma, como também a necessidade de incremento na produção científica que favoreça o conhecimento desses sujeitos no processo.

No Programa de Concessão de Órtese e Prótese – Estoma do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (CCOPE-HCU-UFU)³, há 420 usuários cadastrados, mas nenhum material educativo impresso. Por isso, surgiu a ideia da construção de uma tecnologia educacional (guia) como estratégia e instrumento de apoio terapêutico contendo orientações específicas sobre os cuidados relacionados ao estomizado, com o objetivo de uma boa adaptação dos dispositivos coletores e estímulo ao seu autocuidado, à reabilitação e à melhoria na qualidade de vida.

Assim, à luz dessas considerações, definiu-se como objetivo deste estudo: elaborar um guia prático de orientação para o autocuidado de pacientes com estoma intestinal e/ou urinário.

Para apresentar o resultado da pesquisa, o presente texto estrutura-se da seguinte forma: a) a primeira seção retrata a fundamentação teórica sobre os conceitos, epidemiologia, tratamento e prevenção das doenças relacionadas à indicação de estoma; as políticas públicas nacionais e estaduais; as atribuições do enfermeiro e o seu papel como educador; sobre a teoria do autocuidado; a autonomia do paciente; a importância da tecnologia educacional; b) na segunda seção, é tratada a opção teórico-metodológica e apresenta-se o Centro de Concessão de Órtese e Prótese - Estoma do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (CCOPE-

³ O centro de Concessão de Órtese e Prótese – Estoma do HCU-UFU é um ponto de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, considerando a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS-MG. Tem como atribuições prestar assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, na prevenção de complicações nos estomas e no fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança [16].

HCU-UFU), c) na terceira seção, é apresentado os resultados e a discussão da pesquisa, além da construção dos guias educativos; d) posteriormente, são tecidas as considerações finais, em busca de uma síntese dos assuntos abordados neste trabalho; e) e, por último, a conclusão do estudo.

1.1 Fundamentação

1.1.1 Conceitos, epidemiologia, tratamento e prevenção das doenças relacionadas à confecção de estoma.

A estomia, ou o estoma, é uma tentativa de compensar o funcionamento de um órgão afetado por alguma doença, com o restabelecimento da comunicação entre órgãos e o meio externo, através de uma intervenção cirúrgica. Essa denominação varia de acordo com o local em que o estoma é construído, por exemplo: traqueostomia, ileostomia, colostomia, cistostomia são procedimentos realizados na traqueia, no íleo, no cólon e na bexiga, respectivamente [13].

Pode-se constatar, por meio de um breve histórico, que a idealização do estoma aconteceu quando a autópsia de um recém-nascido com má-formação retal permitiu a Alex Littré, considerado *pai da colostomia*, a descoberta da possibilidade de exteriorização do intestino fixando-o à parede abdominal no ano de 1710 [14]. Não há dados suficientes para afirmar exatamente quem realizou as primeiras colostomias nem quando foram feitas pela primeira vez, mas na tentativa de encontrar a melhor maneira de fazer as exteriorizações e manejo desses pacientes pós-cirúrgicos, diversas técnicas foram executadas, no entanto, acompanhadas de alto índice de morbidade e mortalidade [14].

Mais tarde, por volta de 1950, ao tomar conhecimento das necessidades do paciente frente a esse tipo de cirurgia, houve a primeira tentativa de confecção de um dispositivo de borracha aderente que cobria o estoma, que com o tempo foi aperfeiçoado. Apesar de suas grandes limitações à época, o dispositivo foi bem-aceito [14].

Em 1960, surgem as primeiras Associações de Estomizados, além do início das atividades hoje reconhecidas como estomaterapia e, portanto, foi uma década que marcou e passou a ser considerada fundamental para o estomizado [14].

Com o objetivo de recuperação das funções fisiológicas e reabilitação total do paciente, a construção de um estoma intestinal passa a ser uma chance de sobrevivência frente ao diagnóstico clínico [15]. Em termos de indicação, e por consequência, a construção do estoma, pode ser em decorrência de diversas situações, como doenças crônicas degenerativas, entre elas o câncer, a Doença de Chagas, as doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa inespecífica e doença de Crohn), doença diverticular, malformações congênitas (ânus imperfurado, mielomeningocele), doenças neurológicas, traumas abdominoperineais (ferimento por armas de fogo ou branca, acidente automobilístico), incontinências, doenças genéticas, como a polipose adenomatosa familiar (PAF), infecções perineais graves, entre outras [16] [17] e [13].

O câncer tem grande impacto na sociedade e compromete várias dimensões da vida humana. Por isso, é uma doença crônico-degenerativa considerada um problema de saúde pública mundial [18]. O câncer colorretal (CCR) é o principal motivo da construção de um estoma no paciente oncológico. Em termos epidemiológicos, representa a terceira neoplasia mais comum em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos. O fato de ser diagnosticado precocemente proporciona uma média de cinco anos em cerca de 40% a 55% dos casos em relação ao aumento de sobrevivência desses pacientes [19].

Estimam-se, para 2016 no Brasil, 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620, em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres [20].

Ao considerar o que é mais incidente entre os sexos, o CCR é o segundo mais incidente em mulheres no país, com estimativa de 17.530 casos novos, e o terceiro mais incidente em homens, com 15.070 casos novos, com exceção do câncer de pele não melanoma. O risco estimado é de 17,24 a cada 100 mil mulheres e 15,44 casos novos a cada 100 mil homens [21].

Em termos de prevenção, é necessário que a alimentação, tanto da pessoa estomizada quanto da pessoa que não tenha estoma cirúrgico, seja equilibrada.

Estilo de vida saudável focados em alimentação saudável, dieta rica

em fibras, composta de alimentos como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, grãos e sementes, além da prática de atividade física regular e o não consumo de bebidas alcoólicas, são recomendações dos especialistas [22].

Dentre os tratamentos existentes, a terapêutica cirúrgica é o tratamento inicial. Deve-se considerar a intenção curativa, quando promove a remoção completa do tumor primário, órgãos e estruturas comprometidas e de metástases identificadas. Os preceitos técnicos oncológicos e os com intenção paliativa têm a finalidade de aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes sem condições de cura por ressecção, como metástases irressecáveis à distância e acometimento de órgãos vitais [23].

Outras modalidades terapêuticas neoadjuvantes como a quimioterapia e a radioterapia, apesar dos efeitos colaterais nos portadores da doença, tanto em suas células cancerosas quanto nas suas células normais, representa um novo quadro para o tratamento do câncer retal, oferecendo a possibilidade de uma regressão tumoral parcial ou total, constitui-se um elemento terapêutico, capaz de reduzir índices de recidiva local, com possibilidade de dar uma maior sobrevida ao paciente [23].

1.1.2 Políticas públicas para a pessoa estomizada

A intervenção cirúrgica com o objetivo de construção da estomia gera, no indivíduo estomizado e seus familiares, um tipo de invasão da intimidade física e psicológica, além de mudanças em seu cotidiano, com impactos significativos na vida de quem é acometido por esta condição [24]. Com isso, Martins (1995) afirma que os aspectos biológicos não estão sozinhos, quando se trata do estomizado, eles vêm acompanhados de aspectos psicossociais, que serão de extrema importância e ambos necessitam da mesma atenção [25].

O conceito de *políticas públicas* vem de diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado, as quais vão orientar ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos, sendo, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) [26].

O reconhecimento da área de estomaterapia teve sua conquista ao longo dos anos de forma árdua e gradual. A partir de 1960, ativistas e organizações de pessoas com deficiência ao redor do mundo proporcionaram a politização do tema com o objetivo de garantir maior visibilidade e importância da questão para os agentes políticos e para a sociedade em geral [27].

A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito de assistência à saúde com a criação do SUS. Dessa forma, os direitos básicos e essenciais foram formalizados, no entanto, medidas de caráter assistencialista foram mantidas [27].

Após várias lutas para a conquista de espaço desse público, um marco histórico foi a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia pelo SUS com a publicação da Portaria MS/GM nº 116, de 9 de setembro de 1993, e a criação da tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), em que foi estabelecida a concessão do equipamento necessário às pessoas estomizadas após alta hospitalar [28].

A atenção ao estomizado foi associada à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência após a publicação do Decreto Lei nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999, que passou a considerar a pessoa estomizada como deficiente físico [29].

No Estado de Minas Gerais, houve um reforço nas políticas públicas para a organização da assistência à pessoa estomizada por meio da Resolução SES/MG nº 1.249, de 20 de julho de 2007, que estabeleceu critérios, normas operacionais e procedimentos para assistência à pessoa com estomas intestinais e urinários [30].

Outro marco foi o Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que estabeleceu normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Enquadra ostomia como categoria de pessoas portadora de deficiência física, devido à alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, o que pode acarretar o comprometimento da função física [31].

Posteriormente, foi publicada a Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabeleceu Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, no âmbito do SUS. Essa portaria determinou a

obrigatoriedade de vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO). Pode ser evidenciada uma preocupação com a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde que prestam cuidados à saúde da pessoa estomizada e fornecem dispositivos necessários para o autocuidado, como as bolsas coletoras (32).

No Brasil, a inserção da Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso)⁴ em instâncias deliberativas como conselhos e conferências de saúde, a atuação dos enfermeiros especialistas em estomaterapia (estomaterapeutas) na estruturação de programas e serviços de assistência e o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos coletores e adjuvantes contribuíram com a percepção da necessidade de um novo modelo de atenção às pessoas com estomas [13].

As políticas públicas para a organização da assistência à pessoa estomizada foram reforçadas no Estado de Minas Gerais, por meio da regulamentação da atenção à saúde das pessoas estomizadas, que serve como referência para a construção da proposta de organização da rede de serviços, a qual foi estabelecida por meio da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, através da publicação da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 [33], e da Deliberação CIB/SUS/MG nº 1.272, de 24 de outubro de 2012 [34], que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG [13].

Conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [35], as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” [13].

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e das diretrizes

⁴ Associação civil, fundada em 16 de novembro de 1985, sem fins lucrativos de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, voltada para Defesa da Cidadania da Pessoa com Ostomia, desde bebês até idosos. A Associação estabelece dentro do regimento interno finalidades como: organizar, fiscalizar e assessorar entidades filiadas, representar as pessoas estomizadas e estimular políticas públicas que promovam a cidadania e os direitos humanos, em especial dos estomizados. (Fonte: <www.abraso.org.br>. Acesso em: 27 fev. 2017.)

do SUS [36]. Elas devem ser organizadas localmente por meio de um processo de planejamento que considere a realidade e os determinantes de saúde específicos de um território sanitário e das pessoas que nele vivem, partindo-se do ponto de vista de uma microgestão que faça uso de estratégias nas quais estejam inseridas as linhas de cuidado, entendidas como formas de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária) [36]. O uso da estratégia de microgestão permite a adequada implantação e funcionamento das RAS em nível local. Estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal, em que se insere a Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência [39].

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG é composta, no nível de Atenção Primária em Saúde (APS), das Unidades Básicas de Saúde (UBS); no nível de atenção secundária, da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia, Múltiplas Deficiências e Saúde Bucal; e, no nível de atenção terciária, da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Cada nível é complementar aos demais, já que o cuidado deve ser contínuo e garantir a promoção da reabilitação do indivíduo [13].

Em virtude do escopo do presente trabalho, enfatiza-se o nível de atenção secundária, que se caracteriza pela atenção especializada com foco na reabilitação da pessoa ostomizada e serviços específicos amparados nas diretrizes definidas pela Portaria SAS/MS nº 400/2009 [32], denominados de Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), que promove o autocuidado, a prevenção de complicações nos estomas e o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, quando em tipo I, e todas essas atividades mais o tratamento de complicações nos estomas e a capacitação das equipes dos demais serviços, quando em tipo II [13]. Esse nível de atenção ainda dispõe de pontos de atenção à saúde, que são estabelecimentos especializados em serviço de reabilitação, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) [13].

O CER é referência para a rede de atenção à saúde no território, visto que é especializado em reabilitação, local que possibilita realização do diagnóstico, tratamento, concessão e adaptação do paciente. A sua organização pode ser feita de três formas: CER II, composto de dois serviços de reabilitação; CER III, composto de três serviços de reabilitação; e CER IV,

composto de quatro ou mais serviços de reabilitação. É importante observar que as regras das portarias SAS/MS nº 400/2009 [35] e GM/MS nº 793/2012 [36], em especial no Instrutivo Ostomia publicado em 2014 [37], dispõem sobre a necessidade de que os CER, credenciados na modalidade da reabilitação física, devem incorporar o SASPO tipo II, com abrangência regional [13].

No Estado de Minas Gerais, há 49 serviços especializados referentes ao SASPO – 41 serviços de modalidade única e oito integrados aos CER. Visando à referência e contrarreferência nas intervenções de diagnóstico e no tratamento das condições relacionadas ao estoma, os ambulatórios gerais de especialidades foram reconhecidos como integrantes dessa rede com o objetivo de complementar a assistência à saúde oferecida nesses pontos de atenção específicos da rede de cuidados da pessoa com deficiência [13].

Ao observar essa trajetória construída ao longo dos anos, foi possível perceber que a Constituição, mesmo garantindo uma assistência de qualidade a essas pessoas, ainda não engloba muitos dos aspectos necessários para uma melhor e efetiva qualidade de serviços prestados, aparentando uma fragmentação da assistência. Nessa visão, algumas tentativas de mudar o paradigma do sistema de saúde vêm sendo feitas, como o Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e as Linhas de Cuidado Prioritário, fundamental para a progressão das Redes de Atenção à Saúde, além de servir de inspiração para publicações como a *Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada*, um importante instrumento informativo para a área de estomaterapia e suas implicações, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

1.1.3 Atribuições do enfermeiro e seu papel como educador

A partir do engajamento de Florence Nightingale⁵, que desenvolveu atividades de cuidado à saúde percebendo a diferença tanto dos indivíduos

⁵ Florence Nightingale nasceu em Florença em 12 de maio de 1820 e faleceu em Londres em 13 de agosto, aos 90 anos. Enfermeira britânica ficou famosa por ser a pioneira no tratamento aos feridos de guerra, durante a Guerra da Crimeia. Teve importante contribuição na enfermagem, sendo pioneira na utilização do modelo biomédico e na utilização de métodos estatísticos. Assim, também, somente a partir de Florence Nightingale, a ideia de cuidado passou a ser discutida como objeto de estudo do que viria a se constituir a enfermagem atual [38].

envolvidos quanto do cenário estabelecido, a enfermagem passa a ser reconhecida, por volta do século XIX, como um campo que necessita de ações profissionais fundamentadas cientificamente [38].

Este reconhecimento, no Brasil, é representado pela Lei Nacional nº 7.498/1986⁶ de exercício profissional de acordo com o Conselho Nacional de Saúde.

Com base nessas características juntamente com a disposição de um código de ética, que vai orientar as ações de enfermagem, é possível afirmar que a enfermagem é competente para assistir todo o processo de viver do ser humano, considerando as seguintes dimensões: cuidar, educar, pesquisar e a dimensão administrativo-gerencial. Tudo isso se mostra importante quando se verificam os resultados de acordo com a contribuição na produção de conhecimentos acerca do fortalecimento das práticas assistenciais de enfermagem e do cuidado em saúde [38].

Em termos de legislação, a Lei Nacional nº 7.498/1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, além de dar outras providências, sendo elas de uma forma geral: o estabelecimento de categorias (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira) da equipe de enfermagem de acordo com o grau de habilitação e sua respectiva titulação; as atividades privativas do enfermeiro e aquelas destinadas a cada cargo [39].

Desde sua formação, o enfermeiro toma conhecimento de suas atribuições para o exercício profissional legalizado. O início se dá pela organização dos componentes curriculares a serem aprendidos pelos futuros profissionais de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem instituídas pelo Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior [40].

A partir disso, entende-se que o enfermeiro é formado para atuar, como promotor da saúde integral do ser humano a partir de seu senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Para isso, faz-se necessário o estabelecimento de competências e habilidades que devem ser respeitadas no âmbito do exercício desse profissional.

⁶ A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEPE nº 7.498/86) regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem em território brasileiro para enfermeiros, parteiras, técnicos e auxiliares de enfermagem e define as atribuições para cada uma dessas categorias profissionais.

Assim, existem as competências gerais, entre as quais estão: a atenção à saúde – durante suas atividades, o enfermeiro deve desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde da população; a tomada de decisões – o enfermeiro deve possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada; a comunicação – o profissional deve ser acessível mantendo a confidencialidade das informações na interação com os outros profissionais de saúde e o público em geral; a liderança – o profissional deve estar apto a assumir a posição de liderança, visando o bem-estar da comunidade e promovendo o gerenciamento de forma efetiva e eficaz; a administração e gerenciamento – deve realizar esse tipo de atividade tanto para a força de trabalho, recursos físicos e materiais e de informação quanto estar apto para uma posição de liderança; e a educação permanente – o enfermeiro deve buscar aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática [41].

Existem, também, as competências e habilidades específicas que vão permitir que o enfermeiro atue para compreender a natureza humana, incorpore o cuidar como instrumento em suas ações, estabeleça novas relações com o contexto social, compreenda a política de saúde, seja capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, reconheça as relações de trabalho e sua influência na saúde, além de reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem e assumir o compromisso ético, humanitário e social com o trabalho multiprofissional em saúde [41].

O cuidado de enfermagem deve perceber o ser humano como um todo. A área de dermatologia é um bom exemplo dessa necessidade: muitas vezes, as ações e preocupações voltam-se somente para a lesão tecidual, o que dificulta a reabilitação total [42].

O enfermeiro tem um importante e complexo papel no processo de cuidar, educar e gerenciar, em função da diversificação e ampliação de suas atividades, sendo que esses elementos podem ser construídos, desconstruídos e adaptados conforme as necessidades individuais e coletivas dos seres humanos. Ao educar é possível que um aprenda com o outro, na medida em que um sistema cíclico de relações interpessoais é criado, possibilitando as intervenções de forma construtivo-reflexiva [43].

A participação comunitária em decisões de saúde é exemplo de

comportamentos e atitudes necessários à educação em saúde que não visa somente a conhecimentos cognitivos lineares. Dessa forma, esse tipo de educação promove o autocuidado ao desenvolver a responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde, além de potencializar a redução de custos junto aos vários contextos da assistência. O profissional de enfermagem, enquanto educador por natureza tem a capacidade de influenciar o estilo de vida das pessoas ao individualizar o cuidado, compreendendo o indivíduo como um ser holístico e o tornando sujeito de suas próprias decisões, contribuindo, assim, para a promoção e implantação de políticas públicas saudáveis [44]. A prática educativa deve ser vista como inerente e indissociável aos cuidados de enfermagem, principalmente com a utilização de pedagogias ativas, para que o enfermeiro, enquanto cuidador auxilie na transformação, autonomia e emancipação dos indivíduos [43].

1.1.4 Teoria do autocuidado

Com o passar dos anos, percebe-se a inevitabilidade de mudanças diante das necessidades relacionadas à saúde da população. Com isso, a assistência tem sofrido uma reestruturação “gerencial” em nível mundial, para que o foco seja voltado às ações de prevenção e promoção de saúde e não mais ao tratamento.

Nesse sentido, vários são os esforços do sistema de saúde, com base no Ministério da Saúde, para formar o paciente e torná-lo detentor de sua própria condição de bem-estar físico e mental e habilitado a conhecer, participar, interferir, questionar, debater e se inteirar sobre seu processo saúde-doença, como sujeito em um sistema amplo que busca a melhoria da qualidade de vida em que o mesmo atua de forma ativa e em consonância com as orientações clínicas no exercício do autocuidado [45].

Para esse exemplo de atenção, com vistas à promoção de saúde, é preciso conhecer, de uma forma mais ampla, aquele que será assistido, pois o ser humano é complexo e está inserido em interações sociais, por isso, é necessário tomar conhecimento das dinâmicas das mesmas [45]. Além dessas interações, deve-se considerar que a habilidade do paciente de auto-cuidar-se depende de vários fatores, tanto internos como externos, tais como: idade,

sexo, estado de saúde, fatores socioculturais, padrão de vida e disponibilidade de recursos [45].

Para compreender como a educação inseriu-se no âmbito da saúde, é preciso voltar um pouco no tempo, ao período em que Dorothea E. Orem nascida em 1914 em Baltimore, educadora de enfermagem, administradora e consultora, trabalhou para desenvolver sua teoria de enfermagem [46]. Em uma de suas funções, Orem, a partir de uma estimulação, formulou o primeiro conceito de autocuidado, publicado em 1959, e que consiste na ideia de que os indivíduos cuidam de si mesmos quando são capazes; quando não são capazes, a enfermeira providencia a assistência necessária [47].

No ano de 1971, depois de uma análise dos resultados adquiridos a partir do desenvolvimento de seus conceitos, a enfermeira elaborou uma publicação de quatro edições nas quais abordou a teoria geral de enfermagem, que se constitui do autocuidado; déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem, além de outros aspectos importantes, como o indivíduo, as unidades multipessoais (em que se encaixavam as famílias, os grupos e as comunidades) e a criança, os grupos e a sociedade [46].

A teoria do autocuidado traz, além do conceito, as atividades, as exigências terapêuticas e os requisitos para o autocuidado, necessários ao seu desenvolvimento [48].

A definição de autocuidado é a capacidade de os sujeitos manterem a integridade estrutural e o funcionamento humano, com o objetivo de seu desenvolvimento [49]. Já a capacidade de se envolver com o autocuidado e realizar ações de forma voluntária e intencional a partir da tomada de decisão definem as ações de autocuidado [49].

Nesse contexto, aspectos como idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, fatores ambientais, a adequação e a disponibilidade de recursos são definidos como fatores condicionantes básicos que vão interferir diretamente nas ações de cuidado [46].

Os requisitos de autocuidado se resumem em propósitos a serem alcançados por meio de ações de autocuidado e são classificados em universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde [46].

Os requisitos universais envolvem aspectos biológicos ou

sociopsicológicos dos indivíduos e são decorrentes da demanda em comum que a espécie humana possui. As situações consideradas normais ou de crise durante o ciclo vital podem exigir um processo de adaptação do qual surgem demandas que se caracterizam como requisitos de desenvolvimento. Já no caso de os indivíduos não conseguirem obter reação diante de alguma situação que possa trazer perda de capacidade ou de controle de suas funções e potenciais de autocuidado, tem-se os requisitos de autocuidado de desvio de saúde [46].

Segundo Orem, a teoria do déficit de autocuidado acontece quando a capacidade do indivíduo de realizar o autocuidado é menor do que a sua demanda, o que resulta na necessidade de intervenção de enfermagem [48].

Essa teoria une as necessidades de autocuidado por parte do doente de acordo com suas respectivas capacidades de desempenho às habilidades da enfermeira [50].

As ferramentas utilizadas pelos cuidadores, no caso enfermeiros, com visão na capacitação para o autocuidado, são as práticas educativas as quais possibilitam uma discussão em busca da melhoria de qualidade de vida dos pacientes e meios alternativos para minimizar agravos, que comprometem a saúde e são promovidos e acentuados pelas desigualdades sociais [45].

De uma forma geral e em especial para o paciente estomizado, o autocuidado necessita da parceria entre paciente e profissional para ocorrer de forma eficiente, visto que é possível estabelecer uma relação de confiança, com o objetivo de desenvolver em conjunto um planejamento terapêutico que consiga atender às necessidades do paciente de forma completa [50].

1.1.5 Autonomia do paciente

A participação da população com vistas à melhoria de saúde é possibilitada por meio das estratégias de saúde recomendadas através da promoção de saúde, que tem como objetivo reintegrar os indivíduos no convívio social [51]. Nesse contexto, a elaboração de estratégias que permitam que as pessoas, com o apoio do Estado, tenham melhor resolução e controle dos fatores que danificam sua saúde é caracterizada como empoderamento [52].

Nesse sentido, torna-se responsabilidade social a crença de que o

empoderamento seja capaz de mobilizar a população para que esteja ciente de suas condições de saúde e se envolva na busca de melhoria de políticas públicas para uma situação de vida digna [53]. Envolver as pessoas no planejamento e monitoramento de saúde tem contribuído na melhoria dos resultados sanitários, graças à qualidade da comunicação entre os usuários e as equipes de saúde [51].

O educador Paulo Freire compreende o ser humano em suas dimensões social e política e considera esses aspectos, além do psicológico e individual, para conceituar o empoderamento, caracterizando-o, portanto, como um processo que emerge das interações sociais [54]. A educação, em seu entendimento, deve ser conscientizadora, conceito intimamente associado ao empoderamento, visto que as pessoas se conscientizam para intervir na realidade conhecida e passam a ter potencial para transformá-la [55]. O conhecimento de todas as pessoas é construído, sem discriminação, através do empoderamento, e é ele que vai viabilizar o conhecimento das reais necessidades de cada ser humano envolvido nesse processo, encorajando-o de “poder para falar” e autonomia para decidir sobre suas vontades, consciente dos seus limites e possibilidades para a melhoria da sua condição de vida, tornando-se aliado na relação de cuidado [55].

Tal processo, em termos de políticas para os estomizados, por exemplo, potencializa a percepção do sujeito de que há novas perspectivas e conquistas favoráveis para suas condições de saúde, o que contribui para a mitigação do isolamento social [51]. Resultados importantes, nesse contexto, foram conquistados por meio do empoderamento de usuários e profissionais de saúde, exemplo disso são as participações proativas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da ABRASO [13].

De acordo com Paulo Freire, a educação libertadora considera a realidade do educando, de suas vivências e do próprio educador/profissional, oferecendo a oportunidade de o sujeito intervir em seu próprio mundo. A ideia de construir conhecimentos com os pacientes há um convite para que se tornem construtores de sua nova realidade [56]. Nela, a transformação e construção da aprendizagem democrática é realizada na medida em que há diálogo entre os sujeitos e o educador, mediatizados por objetos de conhecimentos [57].

Para Paulo Freire, o diálogo é a construção teórica, atitude e prática pedagógica, que favorece o sujeito a desenvolver suas potencialidades de comunicar, interagir, participar, debater, construir o seu conhecimento, melhorando sua habilidade de decisão, humanizando-se. Na prática do diálogo, os homens e as mulheres exercitam o respeito ao conhecimento do outro; ele é o caminho para a formação da participação democrática [57].

Assim, Freire ressalta que a atitude de escuta é tão importante quanto a fala, pois o sujeito que escuta sabe que o que tem a dizer tem valor semelhante à fala dos outros. Desse modo, o saber escutar refere-se não apenas a silenciar para dar a vez à fala do outro, mas também estar na posição de disponibilidade, de abertura às diferenças. Isso não se assemelha à aceitação incondicional a tudo o que o outro pensa e diz, mas é o exercício da escuta sem preconceitos que possibilita a reflexão crítica e o posicionamento consciente. É essa configuração que confere importância ao diálogo para a formação de sujeitos autônomos, conscientes, não conformados com a atual realidade social [57].

O enfermeiro que busca colocar em prática as concepções do legado de Paulo Freire, deve refletir criticamente sobre sua prática na assistência realizada, já que esta é uma profissão que educa e é educada.

Os benefícios adquiridos pelos pacientes por meio desses princípios filosóficos e acesso ao conhecimento são a consciência da realidade e a capacidade de participação, de decisão e de relação com o mundo, exercendo sua liberdade [56].

Na assistência ao estomizado, os enfermeiros devem avaliar se suas informações foram realmente compreendidas pelos pacientes, abandonando a ideia de passividade e receptáculos impostos nos pacientes, os enfermeiros devem centrar a assistência no paciente, considerando-o um ser integral, ativo e participante do processo de reabilitação, para que haja reflexão crítica acerca do conhecimento e do universo cultural de cada um na ação educativa [58].

Nesse sentido, considerando-se a atuação dos enfermeiros, a importância da qualidade da assistência prestada em Serviços de Atenção às Pessoas Estomizadas torna-se evidente quando, por exemplo, novas tecnologias são gradativamente inseridas no processo de cuidar, o que exige dos profissionais o aprendizado da educação continua [56], bem como a

educação contínua do paciente e família, utilizando-se recursos de tecnologia educacional, como materiais impressos, vídeos e demonstrações de procedimentos sobre os cuidados [11].

1.1.6 Tecnologia educacional

Historicamente, o avanço tecnológico não atingiu apenas as indústrias, com a modernização de maquinários, mas também serviu de incentivo as profundas mudanças no campo das tecnologias da informação e da comunicação, causando grande impacto em todos os âmbitos da atividade humana – na cultura, na economia, nos meios de comunicação, na gestão de empresas, no setor de saúde, na direção dos serviços públicos e no funcionamento do sistema político – proporcionando limites e vantagens nas sociedades de forma global [59].

O conceito de tecnologia é muito amplo e não deve se limitar apenas à comparação com equipamentos de ponta ou produto, em detrimento dos recursos de inovação tecnológica disponíveis aos profissionais e usuários [59].

No entanto, a tecnologia deve ser compreendida como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e as ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos [10]. Assim, a tecnologia contemporânea compreende não só recursos materiais, científicos e instrumentais ou operacionais, mas também escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, ou seja, saberes, para executar determinadas estratégias de interpretação, de planejamento, de criação e avaliação de produtos em saúde e estabelecer relações de assistência e cuidado à saúde, ligados a promoção, prevenção e reabilitação relacionada às necessidades pessoais [60].

De acordo com Merhy [10], as tecnologias podem ser classificadas em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se aos equipamentos tecnológico, como máquinas, mobiliário permanente ou material de consumo, normas e estruturas organizacionais; a leve-dura, a saberes estruturado representado pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontologia, epidemiologia e enfermagem; e a leve, às tecnologias de

relações, como acolhimento, vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde, automação, responsabilização e gestão, como forma de governar processos de trabalho.

No campo da saúde, a temática ganhou relevância. Além dos sofisticados equipamentos de ponta hoje utilizados tanto na prevenção como no tratamento, há outras formas de tecnologia à disposição dos profissionais e usuários, tais como as assistenciais (dispositivos para a mediação de processos de cuidar, aplicados por profissionais com os clientes-usuários dos sistemas de saúde – atenção primária, secundária e terciária); as gerenciais (dispositivos para a mediação de processos de gestão, utilizados por profissionais nos serviços e unidades dos diferentes sistemas de saúde); e as educacionais (dispositivos para a mediação de processos de ensinar e aprender, utilizados entre educadores e educandos, nos vários processos de educação) [59].

As tecnologias educacionais integram o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão. Nesse contexto, as tecnologias educacionais têm sido consideradas estratégias que facilitam o processo de ensino-aprendizagem proporcionando o desenvolvimento de habilidades, sendo mediadora de conhecimentos para o cuidado das necessidades do paciente.

Uma tecnologia educacional voltada para orientar pessoas estomizadas é importante, haja vista que, todos os anos, várias pessoas se submetem a procedimentos cirúrgicos que resultam em estoma.

O enfermeiro como educador em saúde necessita orientar o paciente e seus familiares para os cuidados que deverão ter em casa com o estoma, com o uso de equipamentos coletores adequados e dos adjuvantes. Por isso, é importante a utilização de estratégias educativas na sua prática profissional, bem como no incentivo do autocuidado.

As ações de educação em saúde para estomizados mediadas por tecnologias educacionais impressas, como manuais, folders, cartilhas e folhetos, são recomendações previstas na legislação, conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente;

progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [33].

Segundo Moreira, Nóbrega e Silva [61], os materiais educativos impressos, como cartilhas, guias, manuais, por serem instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem, são reconhecidamente utilizados no processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio, de habilidades e de tomada de decisão. Seu uso é justificado, tendo em vista o reforço às orientações verbais, servindo como guia de informações no caso de dúvidas posteriores e auxiliando o enfrentamento e as soluções de problemas de saúde pelo próprio usuário, de modo a contribuir para a promoção do autocuidado e a qualidade de vida.

A inserção das tecnologias no contexto da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo enfermeiro na sua relação com a pessoa estomizada, frequentadora do serviço de saúde. É importante auxiliá-la na modificação de suas práticas e contribuir para o resgate do cuidado de si como um todo. O uso de tecnologias que contribuam para a educação em saúde abre novas possibilidades no processo de ensino-aprendizagem por meio de interações entre o educador (enfermeiro), o leitor (paciente e familiares) e o objeto do discurso (material educativo escrito) [62].

Neste estudo, como uma estratégia de tecnologia educacional impressa, apresenta-se um guia de orientações, com base em informações sobre o cuidado do estoma intestinal e urinário, a troca da bolsa, identificação das complicações e incentivo ao autocuidado. Nesse contexto, acredita-se que o guia possa contribuir não somente para uma melhor qualidade de vida, como também para o empoderamento das pessoas estomizadas, garantindo-se, assim, os preceitos do SUS, pactuados nas políticas públicas da rede de atenção à pessoa com deficiência.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica onde foram consultadas várias literaturas nacionais e internacionais relativas ao assunto e que possibilitaram que este trabalho tomasse forma para ser fundamentado e assim construir o material educativo.

Os procedimentos realizados no estudo (Figura 1) ocorreram em seis etapas distintas, sendo cinco por meio de levantamento bibliográfico e a última etapa foi a elaboração do material educativo, que teve por base referencial os princípios da teoria de Orem sobre o autocuidado e o referencial do educador Paulo Freire sobre as práticas educativas aplicadas à pedagogia da saúde, abordando a educação libertadora, o conhecimento e o diálogo entre o sujeito e o profissional, como subsídio à possibilidade de auxiliar família e paciente a modificar o seu estilo de vida, ser o agente de transformação e de desenvolvimento da sua autonomia.

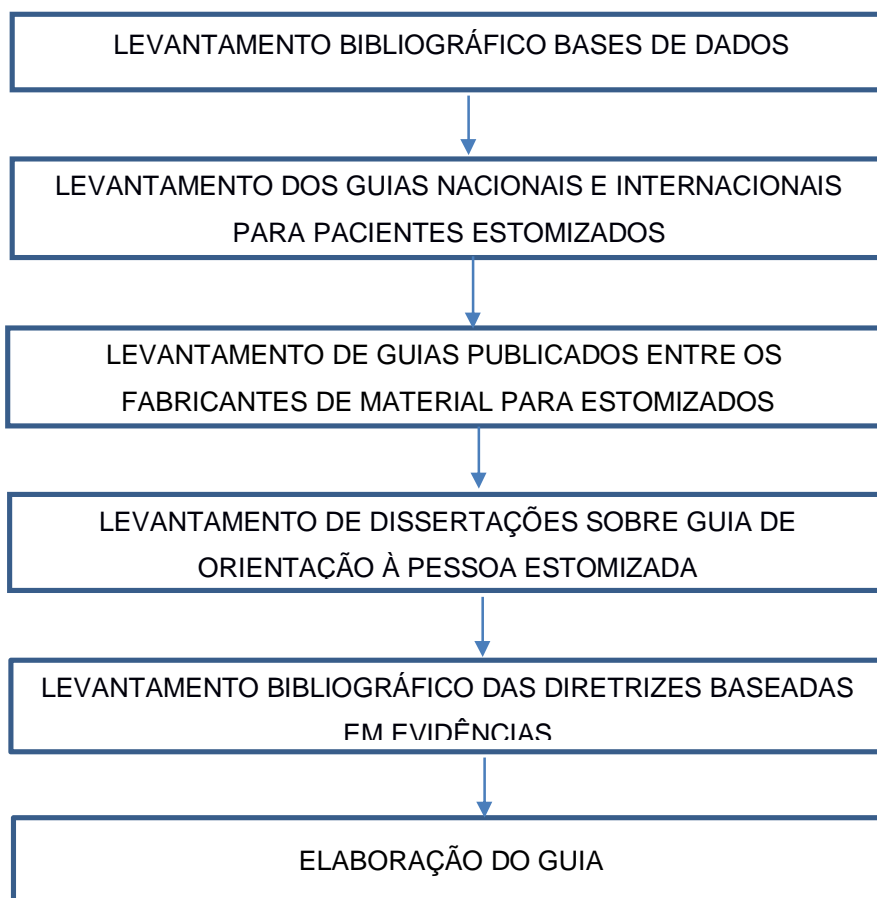


Figura 1: Diagrama da operacionalização dos procedimentos metodológicos da pesquisa.
Fonte: a autora, 2016.

2.1 Primeira etapa: levantamento bibliográfico nas bases de dados

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática, através dos critérios definidos, por meio eletrônico nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) Brasil, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (Ibecs), Medline e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl). Para a composição da estratégia de busca, foram definidos e utilizados os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: educação, enfermagem, estoma cirúrgico, guia e saúde. Foram incluídos os artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola durante o período de 2005 a 2015.

Cruzando-se os descritores, foi realizado o levantamento dos artigos por meio de busca no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde – Biblioteca Regional de Medicina (BVS-BIREME), www.bireme.com.br, e foram avaliados apenas os artigos publicados no banco de dados Lilacs e Ibecs. As buscas nas bases Medline e Cinahl foram realizadas diretamente em seus respectivos endereços eletrônicos. O período considerado foi de janeiro de 2005 a junho de 2015.

Foram selecionados os artigos que corresponderam ao objetivo do estudo, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecida para a busca na literatura, quais sejam: foram incluídos artigos publicados em português, inglês e espanhol que retratassem a temática referente à tecnologia educacional para estomizados, publicados, indexados e com seus respectivos resumos nas bases de dados selecionadas dentro do período de 2005 a 2015 e disponíveis *on-line* na íntegra; foram excluídos artigos não relacionados à temática proposta, os publicados em língua não selecionada e não disponíveis *on-line* na íntegra.

2.2 Segunda etapa: levantamento bibliográfico de guias nacionais e internacionais

Foi realizado o levantamento de guias internacionais de orientações às pessoas estomizadas por meio da organização global World Council of

Enterostomal Therapists (WCET) conselho mundial de estomaterapeuta, uma fonte internacional de ostomia.

2.3 Terceira etapa: levantamento bibliográfico de guias dos fabricantes

Foi realizado um levantamento de guias publicados entre os fabricantes de material para estomizados. Os fabricantes que fornecem material para a SES-MG são Coloplast, Convatec, Casex e Hollister.

2.4 Quarta etapa: levantamento bibliográfico de dissertações sobre construção de guias para estomizados

Foi realizada uma busca na web sobre as dissertações que fizeram estudos relacionados à construção de guias de orientação às pessoas estomizadas.

2.5 Quinta etapa: levantamento bibliográfico das Diretrizes Baseadas em Evidências.

Por último, foi realizado o levantamento bibliográfico das Diretrizes Baseadas em Evidências relacionadas à assistência as pessoas estomizadas.

2.6 Sexta etapa: elaboração do guia educacional

Na sexta etapa do referencial metodológico aconteceu a construção do guia educativo. O referencial teórico que permeou a sua elaboração baseou-se nos estudos de Moreira, Nóbrega e Silva [61], Echer [63] e no Maine Health [64], que ressaltam os aspectos que devem ser considerados na elaboração de materiais educativos impressos, como linguagem, ilustração, *layout* e *design* do material.

Segundo Maine Health [64], na construção de material educativo são indispensáveis as seguintes etapas: primeiramente, o planejamento, em que se delineiam os objetivos do material educativo, as necessidades, o público-alvo, os padrões atuais de saúde e reabilitação, a existência de outros materiais, a forma como será feito o material educativo e o cronograma de ação; a segunda

etapa consiste do desenvolvimento do conteúdo do guia, captação de recursos da clientela e das diretrizes baseadas em evidências; a terceira etapa trata da estrutura e da organização do material, da redação do material – títulos e subtítulos, parágrafos curtos, linguagem clara e perguntas para atrair a atenção do leitor, cuidados especiais com a formatação, imagens claras, *layout* e *design* inovador; e finalmente a quarta etapa trata da validação do material por juízes e pelo público-alvo ao qual se destina o material educativo.

Os materiais educativos precisam ser atrativos, ter objetividade e não podem ser extensos; devem dar uma orientação significativa sobre o tema e atender às necessidades específicas de uma determinada situação, para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-los [63].

Para a concepção do material, levou-se em consideração: conteúdo, linguagem, organização, *layout* e diagramação e ilustrações, conforme descrito a seguir.

Conteúdo

A busca da articulação entre forma e conteúdo deve ser uma preocupação constante, ao se construir um material educativo [65]. Assim, para a seleção do conteúdo deste guia, foram agrupadas as informações apresentadas nos guias educativos já publicados referenciados no levantamento bibliográfico e nas opiniões dos especialistas, por meio das diretrizes baseadas em evidência de cuidados à pessoa estomizada e pela experiência da pesquisadora.

Destacaram-se no conteúdo ações e políticas públicas, assistência de saúde e perspectiva educativa do cuidado de enfermagem a estomizados, promoção do autocuidado, segundo o modelo teórico de Dorothea Orem [46], autoestima, imagem corporal e impacto biopsicossocial da estomia na vida da pessoa com estomia, as diretrizes e normatizações de atenção à saúde das pessoas estomizadas.

Os conceitos e as ações são apresentados numa ordem lógica, incluindo-se as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem, buscando sempre destacar a ação positiva e os benefícios que eles terão com a leitura do material.

Nesse sentido, é importante que os autores de material educativo se

perguntem sempre: como desenvolver melhor determinado conteúdo? que recursos podem ser utilizados – figuras, fotografias, diagramas, tabelas? É importante lembrar que esses recursos devem ser selecionados e incluídos no material sempre na perspectiva de agregar elementos que possam contribuir para a reflexão e o enriquecimento do assunto tratado [65].

Portanto, quando adequadamente selecionados, os recursos apoiam a difícil tarefa de tornar o guia mais prazeroso e atrativo [65].

Linguagem

A linguagem deve ter credibilidade, a fonte da mensagem deve ser apropriada ao contexto biopsicossocial e estar relacionada com os objetivos propostos no guia educativo. Também o vocabulário deve ser convidativo, de fácil leitura e entendimento, coerente com a mensagem e o público-alvo [61].

Para a elaboração de uma mensagem simples em que se pretenda eficácia e rapidez de compreensão, alguns fatores precisam ser observados: a nitidez e precisão dos caracteres; a separação clara entre palavras, linhas e parágrafos; as palavras devem ser curtas, conhecidas e de formação simples, pois as palavras longas exigem esforço de decodificação; as palavras novas e termos raros se impõem com dificuldade e as palavras compostas dificultam a legibilidade; a redundância (repetição) de palavras importantes é um fator facilitador da compreensão; o texto deve ser estruturado de forma que as frases estejam nitidamente articuladas, as palavras mais importantes para compreensão da mensagem sejam colocadas preferencialmente na primeira metade da frase ou proposição e a estrutura da frase seja conhecida, evitando-se sintaxe rebuscada [61].

A linguagem do texto facilita a leitura, e o uso de termos respeitosos e preferidos para se referir ao grupo, como “pessoa estomizada”, em vez de “portador de estomia”, reflete os padrões de linguagem e de conteúdo.

Os materiais educativos são construídos para fortalecer a orientação aos familiares e pacientes, sendo, portanto, indispensável escrevê-los numa linguagem que todos entendam [63].

Organização

A forma como o material educativo é organizado, ou seja, o modo

como o conteúdo é organizado e apresentado ao público-alvo, deve ser definida antes de se iniciar a redação dos textos [65], pois pode afetar o modo como a informação é entendida, compreendida e mantida. Por isso, algumas recomendações se fazem necessárias nesse processo de organização do material:

- analisar o conteúdo na busca da coerência interna do material, é importante, por exemplo, identificar a relação entre os títulos e subtítulos;
- construir um material que amplie a visão do usuário, que permita o aprofundamento dos assuntos principais, fornecendo sugestões de *sites* para navegação, por exemplo.
- estruturar o material de forma clara, que propicie fácil manuseio e identificação de cada uma de suas partes.
- prever a inclusão de seções especiais, como questões para reflexão, dicas e glossário, que constituem recursos para maior interação do usuário com o material; para dialogar com o texto; e, ainda, para facilitar a navegação e articulação dos conteúdos.

Dentre os itens que podem compor a estrutura de um material educativo, alguns são considerados essenciais: sumário, apresentação e/ou introdução, título e subtítulo de cada unidade e referências bibliográficas [65].

Na organização desse guia, optou-se por incluir primeiramente em ambas as versões do material educativo uma apresentação ao leitor, como forma de aproximá-lo do tema, seguida do sumário para posicionar o leitor em relação aos temas abordados ao longo do material. Na abordagem da temática sobre estoma intestinal e/ou urinário propriamente, optou-se por iniciar falando-se dos direitos e benefícios da pessoa estomizada, a seguir sobre os aspectos do pré- e pós-operatório, anatomia do sistema digestório e urinário, autocuidado, conceitos, a vivência com a nova situação fisiológica e as relações de trabalho, lazer, vida social e sexual, conhecimentos específicos sobre cuidados como estoma, material e acessórios e as principais complicações. Ao término do material, segue-se uma mensagem sobre os direitos dos estomizados.

Tornou-se imprescindível a utilização de subtítulos, para facilitar a busca e separar os assuntos relacionados ao mesmo tema, além de uma

seção de perguntas e respostas, útil para transmitir informações importantes com mais clareza e entretenimento.

Recomenda-se deixar espaço em branco no fim do material, destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes [65].

Layout e diagramação

Para elaboração do *layout* e *design*, optou-se pela fonte Arial, em tamanhos 16,14, e 12, para títulos, subtítulos e corpo do texto, respectivamente.

Letras maiúsculas e minúsculas foram usadas no corpo do texto e letras maiúsculas com negrito limitaram-se apenas aos títulos ou aos pontos enfatizados. Também foi deixada uma margem em branco mínimo de 2,5 cm nas margens da página e marcadores.

Optou-se pela cor de fundo branca para facilitar a leitura. Foram utilizadas caixas de texto com informações de destaque. As cores vinho, rosa, verde, azul e violeta foram aplicadas em diferentes nuances, com a intenção de deixar o material com aparência alegre e atrativa.

Para a elaboração do *layout* e da diagramação, foi contratado um *designer* gráfico, profissional habilitado a efetuar a atividade especializada de caráter técnico-científico, criativo e artístico que traz ordem estrutural e forma à informação visual impressa as páginas diagramadas de um livro, livreto ou uma revista [66] e [67].

A versão preliminar para validação do material educativo foi impressa por uma empresa especializada em comunicação e impressão em papel sulfite metade de uma folha A4 e a capa no mesmo papel com gramatura 120 em orientação de página “paisagem”, a impressão foi fosca (jato de tinta), pois reduz o brilho e melhora a legibilidade.

A capa deve ter um efeito atrativo com imagens, cores e título, mostrando a mensagem principal e o público-alvo. Assim, a pesquisadora buscou idealizar a capa, a partir do pensamento de que os alicerces para a reabilitação da pessoa estomizada são: a família, os profissionais de saúde e os equipamentos coletores (bolsas) e os materiais adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários, com a pessoa estomizada ao centro. A ideia foi transmitida ao *designer*, que elaborou a capa dos guias.

Para a impressão do material, adotar-se-á uma tecnologia avançada, visto que a propriedade do papel e o tipo de impressão influenciam a importância e a qualidade da informação a ser transmitida. Além disso, um material com características favoráveis também pode ser interpretado como uma forma de preocupação e respeito pelo bem-estar do leitor [63].

Ilustrações

Segundo Moreira, Nóbrega e Silva [61] a ilustração tem um importante valor para a legibilidade e compreensão do texto, pois sua função além de atrair o leitor, desperta e reforça a informação transmitida na comunicação. Portanto alguns aspectos devem ser considerados na utilização de ilustrações, tais como:

- limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material;
- selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto;
- evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto;
- evitar desenhos e figuras estilizadas;
- ilustrar a ação ou o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado;
- atentar para o fato de que as fotografias funcionam melhor para representar eventos da vida real, mostrar pessoas e comunicar emoções;
- utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento;
- não usar caricatura para ilustrar partes do corpo ou itens relacionados com a saúde;
- usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público adulto/idoso com motivos infanto-juvenis e vice-versa;
- quando usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no

contexto real;

- apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela;
- usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição;
- usar, com cautela, caricaturas. Elas são boas para comunicar humor, mas podem não ser entendidas por alguns leitores;
- usar imagens e símbolos familiares ao público-alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem;
- usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos "universais" como *signal de pare*, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público-alvo;
- considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público-alvo;
- mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso;
- dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las;
- apresentar uma mensagem por ilustração;
- ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso;
- colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem;
- usar legendas que incluam a mensagem-chave;
- numerar as imagens, quando forem apresentadas em sequência;
- usar setas ou círculos para destacar informações-chave na ilustração.

Neste estudo, as ilustrações foram selecionadas pela pesquisadora em alguns *websites* de modo a encontrar as melhores figuras. As referências dessas imagens foram devidamente informadas de forma completa no final de cada material, sendo que a citação das fontes de cada figura utilizou-

se pela norma da ABNT NBR 14724:2011.

Algumas imagens são do banco pessoal da pesquisadora, outras foram desenvolvidas pelo designer gráfico, profissional graduado na Universidade Federal de Uberlândia utilizando-se do Adobe Illustrator, a partir de modelos da *internet* e de instruções da pesquisadora.

As ilustrações elaboradas passaram por avaliação da pesquisadora, eram devolvidas para o designer, que realizava as alterações solicitadas, até que fossem consideradas adequadas (autoexplicativas, simples, objetivas e fáceis de entender) a fim de complementar as orientações propostas nos guias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Levantamento bibliográfico nas bases de dados

O agrupamento, para a estratégia de busca realizada em maio de 2016 dos descritores citados na metodologia, foi feito da seguinte forma: Educação and saúde and Estomas cirúrgicos and Enfermagem; Estomas cirúrgicos and Enfermagem and Guias; Estomas cirúrgicos and Enfermagem and Educação.

Por definição dos critérios de exclusão, todos os artigos que não corresponderam às suas condições, foram excluídos.

Através da realização dos cruzamentos entre os descritores, foram encontradas 31 referências nas bases de dados (Tabela 1).

Tabela 1: Número de referências bibliográficas obtidas na base de dados indexados na BVS, Medline e Cinahl de acordo com o cruzamento entre palavras-chave.

Cruzamento palavras-chave	Artigos obtidos
Educação and Saúde and Estomas cirúrgicos and Enfermagem	07
Estomas cirúrgicos and Enfermagem and Guias	07
Estomas cirúrgicos and Enfermagem and Educação	17
TOTAL	31

Fonte: a autora, 2016.

Na tabela 2 são apresentados os estudos de acordo com o número de artigos encontrados e os critérios de exclusão. Durante a busca na literatura foram identificados 31 artigos. Desses, três não estavam disponíveis na íntegra *on-line* e por isso, foram excluídos devido a um dos critérios previamente estabelecidos, restando apenas 28 referências. Dessas, três estava em alemão, língua não selecionada para a pesquisa, também seguindo critério de exclusão. Das 25 restantes, 14 não respondiam aos objetivos da temática propostos e, por isso, não foram incluídos na revisão, e cinco resultados repetiam-se. Portanto, foram inclusos seis artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão.

Tabela 2: Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre tecnologia educacional para estomizados, os critérios de exclusão que eliminaram os artigos e o número de artigos excluídos.

Números de artigos encontrados	Crítérios de exclusão	Número de artigos excluídos
31	Artigos publicados em outras línguas	03
	Artigos não disponíveis na íntegra <i>online</i>	03
	Artigos não relacionados à temática proposta	14
	Artigos repetidos	05
	TOTAL	25

Fonte: a autora, 2016.

Para decidir sobre a inclusão na amostragem final, houve a necessidade da leitura dos artigos na íntegra. A partir desse momento, percebeu-se que todos respondiam ao objetivo do estudo. Dessa forma, a amostra final compôs-se de seis estudos que foram analisados buscando atender aos objetivos da pesquisa.

3.2 Levantamento bibliográfico de guias nacionais e internacionais

A construção deste trabalho tem, em sua essência, a constatação da importância de recursos que os pacientes dispõem para operar em sua condição de saúde. Nesse sentido, para verificar a produção sobre manuais, guias ou cartilhas já publicados com o tema, a autora fez uma pesquisa em várias páginas da *internet*. Diante do material encontrado, percebe-se o quanto são enriquecedores aqueles de origem estrangeira, e, portanto, para dar início ao entendimento geral do assunto, compreendeu-se a necessidade de apontá-los aqui.

A organização global World Council of Enterostomal Therapists (WCET) destaca-se por ser um conselho mundial de estomaterapeuta e, por isso, uma fonte internacional de ostomia. Em sua listagem de “*links* úteis” aparecem 33 associações filiadas ao órgão, com seus respectivos endereços eletrônicos⁷.

Visitando-se os sítios eletrônicos recomendados pela WCET, foram identificados manuais ou guias de orientação ao paciente na seguinte

⁷ Os endereços eletrônicos estão disponíveis em <<http://www.wceten.org/useful-link>>.

proporção:

- 11 não possuem *sites*;
- 02 são específicos na abordagem de feridas;
- 01 é específico para incontinência urinária;
- 06 disponibilizam materiais, porém em outro idioma (alemão ou francês);
- 06 não possuem guias em seus endereços eletrônicos;
- 01 possui cinco guias diferentes sobre o assunto;
- 01 possui guia de orientação ao paciente;
- 01 não possui guias, no entanto, disponibiliza várias orientações;
- 01 tem guia e várias orientações;
- 01 possui guia clínico para uso profissional;
- 01 possui guia para profissional e guia clínico para paciente;
- 01 tem cinco folhetos para o paciente e um guia clínico para uso profissional.

Apesar de o Brasil fazer parte daquela entidade, não foi citado na relação acima. Por ser o recurso mais próximo desta pesquisa, considerou-se importante mencionar suas características individuais e de forma separada, apresentadas a seguir. Foram selecionados quatro *sites* nos quais o material existente é rico e de acesso ao público, sendo estes:

- o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil (www.inca.gov.br);
- o Associação Brasileira de Ostomizados, entidade civil sem fins lucrativos de utilidade pública federal, estadual e municipal voltada para Defesa da Cidadania da Pessoa com Ostomia (www.abraso.org.br);
- o Federação Gaúcha de Estomizados (Fegest), entidade da sociedade civil, cuja finalidade é prestar auxílio a todas as pessoas que têm ou terão um desvio intestinal ou urinário (<http://www.fegest.org>).
- o Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), que

permite, através do menu “Cidadão” e “Pessoa com deficiência”, conferir os serviços de reabilitação e saber mais sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais, dentre as quais está a ostomia (<http://www.saude.mg.gov.br/ostomizados>).

Os manuais, guias e cartilhas encontrados nesses *sites* estão demonstrados na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3: Material encontrado nos *sites* de associações brasileiras, segundo o endereço eletrônico, nome/título, número de página, edição e ano.

Endereço eletrônico	Nome da cartilha	Número de página	Edição	Ano
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf	Cuidados com a sua estomia	20	1ª	2010
http://www.abraso.org.br/cartilha_jovem_ostomizado.pdf	Cartilha do jovem ostomizado	48	1ª	2004
http://www.abraso.org.br/Cartilha%20homem%20ostomizado.pdf	Cartilha do homem ostomizado	27	1ª	2004
http://www.abraso.org.br/Cartilha%20Ostomizado%20Jo%C3%A3o%20Alberto.pdf	João Alberto tem uma ostomia	32	1ª	2006
http://www.abraso.org.br/Cart_Mulher_Ostomizada_4ed.pdf	Mulher ostomizada você é capaz de manter o encanto	32	1ª	2009
http://www.abraso.org.br/Cartilha%20da%20Mulher%20Ostomizada%206%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o.pdf	Mulher ostomizada você é capaz de manter o encanto	24	6ª	2013
http://www.fegest.org/ http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/ostomizados/24-06-Linha-de-Cuidados-da-Pessoa-Estomizada.pdf	Guia do Estomizado Linha de cuidados da pessoa estomizada	136	1ª	2015

Fonte: a autora, 2016.

3.3 Levantamento bibliográfico de guias dos fabricantes

Os fabricantes de produtos coletores e acessórios disponibilizam materiais educativos nos *sites*, direcionados ao paciente (Tabela 4). As empresas fabricantes que fornecem os equipamentos e acessórios, são: Convatec, Coloplast, Hollister e Casex, sendo que, nesta data, não foram

encontrados guias publicados no site da última empresa.

Tabela 4: Guias disponibilizados pelos fabricantes.

Fabricante	Endereço eletrônico
Convatec	http://brazil.convatec.com/estomia/antes-da-cirurgia/
	http://brazil.convatec.com/estomia/logo-apos-a-cirurgia/
	http://brazil.convatec.com/estomia/convivendo-com-a-estomia/
	http://brazil.convatec.com/estomia/informacoes-de-suporte-ao-paciente/
Hollister	http://www.hollister.com/brazil/files/pdfs/osted_mancolil_Portuguese.pdf
	http://www.hollister.com/brazil/files/pdfs/osted_manur_Portuguese.pdf
	http://www.hollister.com/brazil/files/pdfs/Estomia-O-que-Melhor-Para-Mim.pdf
Coloplast	http://www.coloplast.com.br/estomia/pessoas-com-estoma/antes-da-cirurgia-de-estoma/
	http://www.coloplast.com.br/estomia/pessoas-com-estoma/apos-a-cirurgia-de-estoma/
	http://www.coloplast.com.br/estomia/pessoas-com-estoma/vivendo-com-um-estoma/

Fonte: a autora, 2016.

3.4 Levantamento bibliográfico de dissertação sobre construção de guias para estomizados

Após o levantamento, foram selecionadas também três dissertações, cujo objetivo era a elaboração de cartilhas de orientação a pessoas estomizadas. As dissertações selecionadas foram: *Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas: estudo de validação* [68], *O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa* [69] e *Tecnologia educacional para estomizados: construção de um guia de orientação para cuidados com a pele periestoma* [70].

3.5 Levantamento bibliográfico das Diretrizes Baseadas em Evidências

Em seguida, considerando-se Brasil [68] sobre a tendência de prática baseada em evidência (PBE) e de acordo com as recomendações de Maine Health em *Guidelines for Effective Print Communication* [64] e de Oliver em *How to Create Effective Written Patient Learning Materials* [71], para quem as diretrizes clínicas baseadas em evidências são ferramentas adequadas de consulta para os profissionais assegurarem que as informações na elaboração de material educativo sejam atualizadas e apropriadas garantindo maior benefício, eficácia e

segurança nas condutas de tomada de decisão e melhor qualidade de vida à clientela assistida, fez-se uma busca na literatura especializada para se verificarem as principais evidências científicas sobre a temática, se garantirem a qualidade e o rigor científico na construção do guia de orientação.

Após a busca, foram identificadas a diretriz canadense *Clinical Best Practice Guidelines, Ostomy Care and Management*, publicada pela Registered Nurses' Association of Ontário (RNAO) em 2009 [72]; a diretriz americana desenvolvida pela Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) [73], publicada em 2010; e a *Clinical Guidelines: Stomal Therapy Nursing Practice* [74], publicada em 2013 por enfermeiras da Associação Australiana de Enfermeiros de Terapias Estomais (AASTN); além da *Stoma Care National Clinical Guidelines* [75] e da *Guideline for Care of a Patient With a Stoma*, do Nottingham University Hospitals (NHS) [76], ambas publicadas na Inglaterra no ano de 2016.

Dentre as cinco diretrizes encontradas, após consulta do material e à semelhança de Qader e King [77], optou-se por utilizar neste estudo as diretrizes da RNAO [72] e WOCN [73].

3.6 Elaboração do guia educacional

Com base na prática educativa, os *guidelines* e estudos indicam que os guias desenvolvidos por especialistas precisam abordar assuntos como: aspectos fisiológicos, considerações dietéticas, vestuário, imagem corporal, apoio psicológico, social, recreação, relações pessoais, sexualidade, cuidados com a pele e outras complicações relacionadas à cirurgia e os recursos disponíveis [72, 73].

É importante destacar que a elaboração do guia de orientações à pessoa com estoma intestinal e urinário baseou-se no levantamento bibliográfico sobre as cartilhas existentes, nas diretrizes contidas nos *guidelines* e na experiência da pesquisadora.

Após esse processo de associação, a pesquisadora definiu quais temas deveriam compor o guia de orientação. Elaborado o sumário, ficou estabelecido o seguinte: capa, contracapa, ficha catalográfica, sobre a autora, apresentação do guia, do CCOPE HCU-UFU, direitos da pessoa com estoma,

conversando antes da cirurgia, conversando após a cirurgia, autocuidado, conversando sobre o sistema digestório, aprendendo sobre o estoma, banho, trabalho, lazer e viagem, vida social e familiar, vestuário, sexualidade, conversando sobre a alimentação, conhecendo o equipamento coletor, conhecendo outros materiais, conversando sobre as complicações do estoma, troca de bolsa de uma peça, troca de bolsa de duas peças, como guardar o material, o que é irrigação, prevenção, glossário, declaração, sites recomendados, referência, anotações e contracapa.

Os conteúdos pertinentes a cada unidade foram criados pela pesquisadora, especialista em estomaterapia, a partir das diretrizes e normatizações de atenção à saúde das pessoas estomizadas e perspectiva educativa do cuidado de enfermagem a estomizados e promoção do autocuidado segundo modelo teórico de Dorothea Orem [46], autoestima, imagem corporal e impacto biopsicossocial da estomia na vida da pessoa com estomia.

Os textos foram elaborados em língua portuguesa, no programa Word for Windows, com fonte Arial, tamanho 12 e espaço 1. Com vistas a torná-los coerentes e compreensíveis ao leitor, utilizou-se uma linguagem simples, com frases breves e nos termos técnicos empregados foram parafraseados por explicação acessível ao público ao qual se destina.

A seguir, comenta-se o conteúdo de cada temática, destacando-se os principais pontos.

Capa

Foi criada pelo diagramador sob orientação da pesquisadora, pensando-se na tríade família-material-profissional (considerada o fundamento para a reabilitação) ao redor da pessoa estomizada.

Ficha catalográfica

As fichas catalográficas reúnem informações pertinentes à obra, como nome do autor, editora, ano de publicação, ISBN e assunto. Normalmente ficam localizadas no verso da folha de rosto ou folha de créditos, dependendo do material. A ficha catalográfica é um documento que faz parte dos requisitos para homologação das teses ou dissertações.

Sobre as autoras

Descreve as atividades profissionais das autoras desse estudo.

Apresentação do guia

Relata os objetivos do guia.

Centro de Concessão de Órtese e Prótese – Estomia

Fornecer informações sobre o serviço, a localização e a equipe.

Direitos e benefícios da pessoa estomizada

A seleção desse tema deu-se pelo fato que as pessoas sabem que têm direitos, expressam suas necessidades, mas poucos conhecem a legislação.

Esse tema reforça o aspecto da educação enquanto instrumento de exercício e alternativa para ampliar o direito à saúde e à cidadania dessas pessoas.

Conversando antes da cirurgia

No período pré-operatório, tanto o usuário como os seus familiares estão ansiosos e acessíveis para receber orientações que lhes possibilitem buscar estratégias para lidar com a insegurança e o desconhecido [5].

Segundo a RNAO [72], a evidência científica mostra que o ensino pré-operatório à pessoa que se sujeita à criação de ostomia promove a aquisição de habilidades a curto prazo e sugere que este benefício tem um efeito positivo sobre a adaptação à estomia a longo prazo.

A WOCN [73] recomenda que a educação ao paciente inclua um componente pré-operatório fornecido por enfermeira especializada.

Conversando após a cirurgia

De acordo com a RNAO (2009), entre o período pós-operatório imediato e a alta, é aceitável que a pessoa com estomia aprenda como e quando deve esvaziar o equipamento coletor, como deve remover e aplicar a placa e a bolsa coletora, os cuidados com a pele periestomal e complicações da estomia, bem como os efeitos da dieta.

No período pós-operatório, ou seja, na etapa de transição entre o

hospital e a moradia, a assistência de enfermagem tem como meta estimular paciente e familiares quanto à competência de autocuidado à estomia de eliminação intestinal ou urinário o mais precocemente possível, através da educação em saúde, trazendo benefícios a longo prazo.

Autocuidado

A pessoa submetida a cirurgia da qual resultou a criação de uma estomia de eliminação intestinal enfrenta uma alteração na imagem corporal e, por consequência, no autoconceito, à qual necessita se adaptar. Para enfrentar estas alterações, necessita aprender novas formas de cuidar do seu corpo, assim como empreender as mudanças no seu estilo de vida. Neste contexto, a presença de uma estomia de eliminação intestinal ou urinária requer da pessoa a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para o desenvolvimento da competência de autocuidado.

Orem [46] define a enfermagem como um sistema de ajuda para a realização do autocuidado, principalmente quando o indivíduo não possui condições de suprir suas próprias necessidades. Para os indivíduos adultos estomizados, a enfermagem representa um processo que auxilia seu autocuidado, ou seja, garante suporte através da orientação para a realização de sua rotina diária.

Assim, através da educação em saúde, o enfermeiro pode atuar como mediador do aprendizado que leva o paciente a desenvolver habilidades e competências para o autocuidado e que repercute na sua independência e autonomia.

Uma das possibilidades utilizadas pela enfermagem para trabalhar estratégias facilitadoras do autocuidado realizado pelo paciente estomizado e atingir sua independência é implementar orientações quanto ao autocuidado desses pacientes.

Conversando sobre o sistema digestório

Apresenta recomendações para a educação pré-operatória e contempla uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal ou urinário com os aspectos anatômicos antes e depois da cirurgia, de forma que o paciente possa relacionar a anatomia com a função ou

perda de função [72]. O texto descreve as partes que compõem o órgão, suas divisões, como também as etapas da digestão e do sistema urinário, utilizando ilustrações coloridas.

Aprendendo sobre o estoma

Nesse tópico foram abordadas várias questões relacionadas ao estoma, desde sua definição, classificações de acordo com a localização do estoma, os tipos de estoma, os aspectos e características do estoma, de forma que o paciente fique familiarizado com sua nova condição e estes conceitos possam habilitá-lo no autocuidado.

Banho

A higiene corporal constitui um fator importante para aliviar o desconforto do paciente quanto ao odor. Quanto ao banho: não é necessário retirar a bolsa para tomar banho, seja de aspersão, seja de imersão. O sabão e a água não prejudicam o estoma. Deve-se evitar o jato forte do chuveiro diretamente na abertura do estoma, pois pode provocar sangramento. A bolsa somente é retirada no dia que é realizada a troca do equipamento coletor por uma nova bolsa.

Trabalho, lazer e viagem

A convivência com o estoma causa, muitas vezes, sentimento de medo, angústia e insegurança aos indivíduos, pois acreditam não serem capazes de retornar às suas atividades de vida após o período de hospitalização.

Uma das abordagens do processo de reabilitação visa à reinserção dos estomizados no mundo do trabalho e restituição das atividades do convívio social e de lazer, como viajar e praticar esportes coletivos, que exigem mais do indivíduo, contribuem na melhoria na qualidade de vida diante do impacto da estomia.

Poder participar das atividades laborais, principalmente para aquelas pessoas com estomias definitivas que se encontram na chamada *idade produtivas*, é essencial para recuperação da autoestima e superação de preconceitos, uma vez que o trabalho faz o ser humano sentir-se útil e inserido no grupo, além de trazer o sustento financeiro, indispensável para sua sobrevivência e de sua família [78].

Vida social e familiar

Segundo Cesaretti e Santos [5], o receio de tornar pública a condição de estomizado e ser rejeitado, devido à produção de ruídos e odores, leva o indivíduo a restringir ou eliminar o contato com os membros da comunidade, resultando em isolamento social.

A cirurgia de estomia é associada a múltiplos desafios psicossociais que influenciam de forma negativa os estomizados, ao interagirem novamente com o meio social, afastando-os do convívio entre amigos e familiares, além de emoções angustiantes, depressão e ansiedade. Apoio de enfermeiros na educação em saúde e apoio e incentivos de familiares são fatores importantes na recuperação psicossocial desses pacientes [72].

Vestuário

Nessa temática, com a experiência profissional, percebe-se a necessidade dos estomizados em ocultar o estoma, modificando seu vestuário com propósito de esconder seu dispositivo coletor, evitando-se o aparecimento do volume causado pela eliminação de fezes ou gases. As adaptações no vestuário são individuais e associadas à representatividade da imagem corporal, idade, sexo e cultura.

Importante aqui é o uso de equipamento coletor de qualidade com a melhor adaptação para cada usuário.

Sexualidade

Vários autores relatam as mudanças que ocorrem com a realização do estoma, principalmente na imagem corporal, levando a alterações na sexualidade e afetividade. Assim, considera-se importante essa abordagem e reforça-se que o apoio da família e do parceiro é essencial no enfrentamento do paciente diante da nova condição, favorecendo o processo de recuperação no pós-operatório e retorno às atividades diárias, assim como na expressão de sua sexualidade.

Conversando sobre a alimentação

O guia disponibiliza informações sobre alimentos e esclarece questões sobre constipação, diarreia, flatulência e odores, assuntos de grande interesse dos estomizados.

Para um bom funcionamento do trato gastrointestinal deve-se ter uma alimentação adequada, e o profissional responsável pela atenção dietética individualizada é o nutricionista. Com acompanhamento nutricional, o paciente terá uma alimentação balanceada que auxiliará na função intestinal diária, evitando prejuízos em sua saúde, como constipação ou diarreia. A atenção dietética para este público é de suma importância, pois vai ensiná-los a escolher os melhores alimentos para suas refeições, ou seja, os pacientes aprendem a observar os efeitos dos alimentos em seu organismo e, assim, saber o que devem ou não consumir [79].

Conhecendo o equipamento coletor e outros materiais

Nesse capítulo do guia, o objetivo é informar o que o SUS fornece e o que há no mercado sobre os modelos de bolsas coletoras, os materiais adjuvantes de proteção e segurança, que são os produtos auxiliares ou complementares utilizados para proporcionar maior proteção à pele periestoma e maior segurança na utilização do equipamento coletor, ajudando a prevenir ou tratar as complicações ou até mesmo facilitar o manejo do estoma.

Há uma diversidade de produtos, bolsas coletoras para estomas intestinais e urinários, adjuvantes como: desodorante, espessante, filtro, presilha, coletor urinário de perna e de cama, barreiras, cinto, removedor; sistemas de irrigação e oclusores, produtos para proteger e tratar a pele, produtos para reduzir odores e ruídos e outros.

Nesse sentido, os aparatos tecnológicos são essenciais para que essas pessoas possam manter suas atividades cotidianas ou retomar a sua inserção social, fundamental para sua autonomia e reabilitação.

Importante lembrar que a disponibilização dos materiais pelos serviços de saúde cumpre com o garantido pela Portaria SAS/MS nº 400/2009 [32], que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS e lista as diferentes bolsas coletoras e os equipamentos de barreira e proteção da pele a serem fornecidos.

Conversando sobre as complicações do estoma

As complicações após a cirurgia de estoma são um problema significativo para muitos indivíduos. A identificação precoce desses problemas

e intervenções oportunas afetarão a qualidade de vida do paciente com estoma.

Complicações de estomas em estudos foram definidas como hérnia paraestomal, prolapso, necrose, separação mucocutânea, retração, estenose, fístula, trauma, infecciosas causadas por agente microbiológico, foliculite, contato, varizes, transplante de mucosa, hiperplasia (lesões pseudoverrucosas), pioderma gangrenoso, candidíase, dermatite de contato irritativa, trauma e granulomas de suturas [73]. No guia abordam-se apenas algumas das principais complicações.

Avaliar o estoma e a condição da pele à sua volta imediatamente no pós-operatório e identificar os fatores de risco é uma forma de monitorar as complicações.

Avaliação, acompanhamento e educação do paciente e familiar por uma enfermeira especialista são recomendações de diretrizes para reconhecer e prevenir complicações.

Cuidados e gestão em estoma e nas suas complicações são necessários por um cliente a qualquer momento e implicam possíveis modificações de equipamentos coletores, uso de acessórios e apoio emocional e dietético [72].

Troca de bolsa de uma peça e duas peças

Pôde-se observar que é fundamental abordar aspectos técnicos tais como: saber reunir o equipamento coletor e os materiais necessários para realizar a troca da bolsa; remover a bolsa adaptada; limpar e secar a pele periestoma; medir o diâmetro, como esvaziar a bolsa, recortar a placa protetora conforme medição; adaptar-se à nova bolsa coletora; pressionar a parte adesiva contra a pele; fechar a bolsa coletora com o *clamp* e garantir que esteja firmemente adaptada, enfim a descrição passo a passo de como trocar a bolsa coletora [80].

De acordo com Nascimento et al. [81], no caso de orientações para o cuidado específico, as pessoas com estoma devem ser adequadamente orientadas pelos profissionais de saúde para que possam desenvolver o autocuidado, oportunizando a participação em seu processo de reabilitação.

A demonstração inicial para o cuidado com o estoma e a pele

periestoma e o progressivo treinamento para o autocuidado fazem parte das estratégias educativas indicadas, de maneira que, quando ocorrer a alta hospitalar, a pessoa com estoma e/ou familiar devem estar aptos a realizar a higiene do estoma e da pele e a troca e a manutenção do equipamento coletor [5] e [73].

Como guardar o material

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão que fiscaliza esses produtos, empregando, dentre outros instrumentos: leis, decretos, resoluções de diretoria colegiada (RDC), resoluções (RE), instruções normativas (IN) e normas técnicas (NT) [82].

Os equipamentos de uso em estoma intestinal e urinário são classificados como equipamentos e materiais de uso em saúde ou "produtos correlatos", são aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e à proteção da saúde individual ou coletiva, assim como à higiene pessoal ou de ambientes hospitalares. O armazenamento de tais produtos, de forma ordenada e racional, garante a sua adequada conservação [82].

Sobre as condições de armazenamento, é importante o usuário saber descrever as informações sobre as condições ambientais de temperatura, umidade, luminosidade, fragilidade, posicionamento, como também saber em que condições deve ser feito o transporte da bolsa coletora e de outros acessórios.

O que é irrigação

A irrigação da colostomia é um método seguro e eficaz de regulação da atividade intestinal utilizado na gestão de colostomias descendentes ou sigmóides, realizada pelo estoma, na qual se usa um volume líquido planejado, água em temperatura corporal, para limpar o intestino grosso, o que possibilita controlar a eliminação de fezes por um período regular [72].

A finalidade básica desse procedimento é treinar o intestino a evacuar o conteúdo fecal uma vez ao dia, ou a cada dois dias, em horário planejado, dando às pessoas estomizadas um período isento de preocupação com o equipamento coletor possibilitando melhorias na qualidade de vida.

No CCOPE-HCU-UFU, são poucos os pacientes que realizam a irrigação, pois o SUS não fornece o equipamento e o custo de aquisição é elevado.

Prevenção

As condições crônicas são definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [83] como problemas de saúde de naturezas variadas, que requerem cuidados contínuos, tanto pelos pacientes e familiares quanto pelos profissionais do sistema de saúde. Apesar da gravidade e do aumento da incidência das doenças crônicas, a maioria delas é evitável, e muitas de suas complicações podem ser prevenidas.

A OMS propõe uma abordagem de prevenção e controle integrados, focada em todas as idades e baseada na detecção precoce e redução dos fatores de risco [83].

Vários fatores modificáveis estão associados ao aumento do risco de câncer colorretal. Entre eles estão obesidade, inatividade física, dieta rica em carne vermelha ou processada, consumo de álcool, tabagismo em longo prazo e, possivelmente, ingestão inadequada de frutas e legumes [84].

Glossário

Lista alfabética de termos de um determinado domínio de conhecimento com a definição destes termos. De maneira geral, um glossário contém explicações de conceitos relevantes de certo campo de estudo ou ação, neste caso sobre termos relacionados ao estoma.

Ambas as diretrizes Registered Nurses' Association of Ontario (RHON) e Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) apresentam, no final do texto, uma relação de termos. Assim, achou-se importante incluir no guia um glossário, incluindo-se termos técnicos, pois espera-se que o guia também seja manuseado por profissionais e, dessa forma, sirva de instrumento de capacitação da equipe de saúde.

Declaração

O Comitê Executivo da Associação Internacional dos Ostomizados (IOA), publicou, em junho de 1993 no Canadá, a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados, revisada em junho de 1997 [85]. Considerou-se

importante incluir no guia essa declaração.

Referência

Foram indicadas as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do guia.

Contato

Local onde funciona o CCOPE-HCU-UFU, com endereço, telefone e horário de atendimento.

Anotações

Páginas em branco para anotações dos próprios usuários.

Contracapa

Finalizar o guia com a contracapa.

Depois de elaborados, os guias foram encaminhados a um profissional especializado para revisão do texto.

O *Guia Educacional e de Orientação à Pessoa com Estoma Intestinal* contém 64 páginas e o *Guia Educacional e de Orientação à Pessoa com Estoma Urinário*, 56, ambos com medidas de 21 cm por 15 cm, impressos em papel sulfite, com fundo branco e *layout* com predominância das cores vermelho, azul e verde.

4 CONSIDERAÇÕES

Um estoma intestinal ou urinário traz mudanças significativas à vida dos indivíduos, em virtude, principalmente, da perda do controle esfinteriano e do uso de dispositivos coletores de fezes ou urina, além das transformações físicas, psicológicas e sociais, associadas às alterações na imagem corporal, que fazem com que muitos estomizados se sintam incapazes de retornar às suas atividades de vida diária e os levam ao isolamento social.

Para minimizar o impacto dessas condições, o Brasil tem, nos últimos anos, avançado na promoção dos direitos das pessoas com deficiência por meio de políticas públicas que buscam valorizar a pessoa como cidadã, respeitando suas características e especificidades.

As mais importantes normas regulamentadoras editadas sobre pessoas com deficiência são: Portaria MS/GM nº 116, de 9 de setembro de 1993, que estabelece a concessão do equipamento necessário às pessoas ostomizadas após a alta hospitalar; o Decreto-Lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que considera deficiente físico o indivíduo estomizado; o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida; a Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabeleceu Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS, definindo, entre suas atribuições, a oferta de assistência especializada que envolva a educação para o autocuidado e a avaliação das necessidades biopsicossociais com foco no processo de adaptação sob a condição de pessoa estomizada.

Uma forma eficaz de promover o cuidado de enfermagem é mediante a aplicação da Teoria do Autocuidado, respeitando seus aspectos essenciais, pois, desse modo, a assistência tornar-se direcionada para as necessidades do paciente, além de abordar os aspectos holísticos do cuidar. Simplificando, o autocuidado pode ser considerado como a capacidade do indivíduo de realizar todas as atividades indispensáveis para viver e sobreviver.

Orem considera o autocuidado o desempenho ou a prática de atividades da vida diária que o indivíduo realiza em seu benefício para manter a

vida, a saúde e o bem-estar [46]. Para a realização do autocuidado, é necessário que o indivíduo possua algo que subsidie suas tarefas na manutenção da saúde. Então, para a realização do autocuidado é necessário que seja realizada educação em saúde a fim de orientar a pessoa, para que ela mobilize seus saberes em busca do autocuidado.

Assim, refletindo-se sobre a importância da educação em saúde na promoção à saúde, salienta-se a necessidade da educação permanente.

A constante evolução tecnológica, dos estudos científicos e as mudanças dos modelos assistenciais pelas políticas públicas de saúde, torna inquestionável a necessidade da educação permanente objetivando a prestação de uma assistência qualificada e para suprir déficits deixados na sua formação profissional. Assim, quando se refere à formação permanente, são enfatizados aspectos como: a formação, a profissão, a avaliação e as competências que cabem ao profissional.

Neste contexto, o pensamento de Freire evidencia cuidados com a educação, propondo a humanização das relações, uma educação multicultural, ética, libertadora e transformadora.

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visam satisfazer as necessidades das pessoas estomizadas e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde.

As ações de saúde representam a busca de valores preconizados por Paulo Freire, com a participação e o diálogo com a cultura, as representações sociais de saúde e doença, além de um compromisso ético e político.

O cuidado deve favorecer o desenvolvimento humano, potencializando as habilidades do sujeito para o autocuidado, formando-o- para trilhar o seu caminho, romper com relações de dominação excludentes presentes na sociedade, contribuindo para conquistar cenários próprios de sua cidadania.

De acordo com Paulo Freire, formação permanente de educadores, implica a compreensão de que o ser humano é um ser inconcluso e inacabado, que está em permanente movimento de procura e necessita de reflexão crítica da prática pedagógica, de modo que o discurso e a prática sejam únicos [86].

Desta forma, a educação permanente, constitui-se, em processos educativos cuja finalidade é promover a transformação das práticas de saúde e educação nos serviços de saúde.

A enfermagem, como profissão reconhecidamente em permanente e constante desenvolvimento, ao longo dos tempos, vem construindo e consolidando uma base de conhecimentos que lhe permita ocupar um espaço de autonomia e afirmação com elevado reconhecimento e relevância social na assunção das responsabilidades de suas práticas.

Vale destacar a importância da participação do enfermeiro no processo de reabilitação das pessoas estomizadas, pois este profissional está presente desde o momento do diagnóstico, quando se decide pela realização do estoma ainda em ambiente ambulatorial ou hospitalar, em todo o período de hospitalização, preparo para alta e no pós-operatório tardio, englobando os serviços de atenção básica ou especializados em reabilitação e as equipes de saúde da família. Logo, observa-se que enfermeiros são também responsáveis, integrando a equipe multiprofissional, por orientar os estomizados a respeito dos cuidados com o estoma, higienização, preparando-os para o autocuidado e o retorno às atividades da vida diária.

No âmbito do autocuidado, o enfermeiro desempenha um papel determinante na identificação do déficit de autocuidado, uma vez que conhece melhor a pessoa e o seu contexto familiar e, por isso, encontra-se numa posição privilegiada na equipa de saúde para colaborar na definição de estratégias educativas e orientações sobre os recursos de apoio que possam responder às necessidades de quem vive com uma ostomia, promovendo a sua independência e autonomia.

Segundo Freire [57], a prática dialógica no contexto da educação popular anuncia um discurso transformador, mediado pela participação do sujeito de forma ativa, crítica e questionadora. Na enfermagem, o referencial teórico de Freire possibilita realizar educação em saúde, sendo importante a troca de saberes entre o enfermeiro e o paciente. O enfermeiro por meio de seus conhecimentos possibilita o paciente a realizar uma crítica e questionar seus saberes a fim de transformá-los em novos conhecimentos.

As propostas de educação de Paulo Freire são amplamente utilizadas pela enfermagem para realização de educação em saúde. Para Freire [57], educar é oferecer conhecimento para que o educando possa transformar a realidade como sujeito da própria história, atribuindo-lhe um papel proativo na autonomia do autocuidado.

Para tanto, o autocuidado pode ser estimulado por meio de tecnologias educacionais, como manuais, guias, cartilhas, folders e *banners*, recursos que favorecem a troca de vivências e experiências entre indivíduos com estoma, seus familiares e profissionais de saúde.

Pode-se observar que tecnologias educativas são instrumentos mediadores do processo ensino-aprendizagem utilizados como meio de transferência de conhecimento, propiciando ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiências que conduz ao aprimoramento de habilidades [69].

Pode-se evidenciar que materiais educativos contribuem para a melhoria do nível de conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e maior autonomia da pessoa, sendo capazes de permitir aos sujeitos refletir sobre comportamento e ações que influenciam seu padrão de saúde [87]. Dessa forma, são considerados instrumentos didáticos que podem contribuir para promover a qualidade de vida e mediar políticas e práticas de saúde.

Para Freire a pedagogia de educação em saúde realizada pelo enfermeiro deve transformar e possibilitar autonomia ao educando. Nesse sentido, o educando seria o paciente que receberia todas as formas de conhecimento sobre cuidado com o estoma, troca de bolsas, equipamentos e acessórios, prevenção e tratamento de complicações, com abertura para retirar dúvidas, de construir conhecimento juntamente com o educador proporcionando a melhoria na qualidade da assistência em enfermagem.

Diante disso, algumas questões devem ser apontadas, como: Quais ações educativas são desenvolvidas nos diversos serviços de atenção ao estomizado, na construção do conhecimento do autocuidado?

As evidências científicas demonstram a relevância e a eficácia de que ações educativas podem transformar as práticas de saúde dos pacientes e de seus familiares. Assim, qual o investimento profissional no ensino aos pacientes estomizados sobre protocolo de orientações sobre o autocuidado o enfermeiro está realizando?

A enfermagem reconhece a importância e os benefícios da inserção do paciente como um sujeito ativo no seu tratamento?

Estas reflexões busca motivar os profissionais da saúde a pensar sobre a importância de sua prática na educação e na transformação dos pacientes e

da comunidade. Podemos refletir e nos questionar que tipo de enfermeiros ou profissionais da área de saúde somos, queremos ser e formar?

Neste estudo para elaboração de material educativo impresso foi considerado as cinco etapas do levantamento bibliográfico realizado e a experiência da pesquisadora.

Nesse sentido, foi possível a construção da tecnologia educacional, um material que posteriormente servirá como guia de orientação à pessoa com estoma intestinal e urinário para ajudar no autocuidado, além de ser um instrumento que poderá ser utilizado pelo enfermeiro, para mediar sua prática educativa.

A sinergia do referencial teórico de Orem e de Freire evidenciou, neste estudo, que a tecnologia educacional serve de mediadora na construção de guias de orientação para o autocuidado da pessoa estomizada, mas há que se garantir o acesso às mesmas, garantir seu emprego dentro do conceito da educação em saúde, como proposto por Freire, além da construção e manutenção da emancipação, da autonomia, do desenvolvimento humano para que possa intervir nas modificações que ocorrem em sua vida e como o paciente vivencia todo esse processo de ser estomizado.

5 CONCLUSÃO

Ao final do estudo proposto de construção do *Guia Educacional e de Orientação à Pessoa com Estoma Intestinal* e do *Guia Educacional e de Orientação à Pessoa com Estoma Urinário*, conclui-se que os objetivos foram alcançados, visto que foram construídos os referidos guias.

Espera-se que este material educativo, como estratégia para educação em saúde, seja instrumento mediador de orientações e informações para os estomizados, familiares, cuidadores e profissionais de enfermagem e ainda possa ser um aliado no cuidado diário, com incentivo ao autocuidado e melhoria da qualidade de vida e que as atividades desenvolvidas por meio de tecnologia educacionais, possam atender a educação em saúde baseada na capacidade de mobilizar os pacientes na busca de melhoria de políticas públicas e autonomia para decidir sobre sua condição de vida, formando-os para se conscientizarem sobre a realidade e tomarem decisões na relação com o mundo, exercendo sua liberdade.

REFERÊNCIAS

- 1- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Procedimentos e cuidados especiais. In: _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. p. 561-601. (Capítulo 8). Disponível em: <www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap8.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- 2- PORTAL SAÚDE. **MS lança diretrizes para atendimento a pessoas ostomizadas**. 11 mar. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/510-sas-raiz/dapes/saude-da-pessoa-com-deficiencia/l3-saude-da-pessoa-com-deficiencia/10251-ostomizados>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- 3- CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 163-167. jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.fegest.org/downloads/impacto_ostomia.pdf>. Acesso em: 20 jan.2016.
- 4- GASTALDI, Andréia Bendine; HAYASHI, Alda Ap. Mastelaro. Enfermeiros e educadores: um desafio. **Terra e Cultura**, Londrina, ano XVIII, n. 35, p. 97-100, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://unifil.br/portal/images/pdf/documentos/revistas/revista-terra-cultura/terra-e-cultura-35.pdf#page=106>>. Acesso em: 20 jan.2016.
- 5- CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; FIPPIN, Márcia Justina; Lima, Sheila Regina Soares. O cuidar de Enfermagem na trajetória do ostomizado: Pré&Trans&Pós-operatórios. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro (Org.). **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.
- 6- MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 322-327, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/en/lil-592755>>. Acesso em: 20 jan.2016.
- 7- NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-352, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2091>>. Acesso em: 20 jan.2016.
- 8- KAWAMURA, Lili Katsuco. **Novas Tecnologias e educação**. São Paulo: Ática, 1990.

- 9- DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- 10- MERHY, Emerson Elias. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145). Resenha de: NEVES, Claudia Abbês Baêta. Cartografando na saúde os “inconscientes que protestam”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1953-1957, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.
- 11- VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; RIVERA, Francisco Javier Uribe; CASTIEL, Luis David. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1667-1679, nov./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a11v19n6.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.
- 12- REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 245-250, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342007000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 nov. 2016.
- 13- BORGES, Eline Lima; RIBEIRO, Mauro Souza. **Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada**. Belo Horizonte: SES-MG, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cer/story/8453-ses-mg-lanca-linha-de-cuidados-da-pessoa-estomizada>>. Acesso em: 21 fev. 2016
- 14- CALATAYUD, José Manuel Corella et al. **Estomas**: manual para enfermeria. Alicante: Cecova, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2016.
- 15- SONOBE, Helena Megumi; BARICHELLO, Elizabeth; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 341-348, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2016.
- 16- COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO. **Boletim CEInfo**. Análise, São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. n. 6. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_06.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.
- 17- HABR-GAMA, Angelita; ARAÚJO, Sergio Eduardo Alonso. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia**: cuidado do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.
- 18- BORGES, Eliete Cristina et al. Qualidade de vida em pacientes

ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, Mirandópolis, v. 25, n. 4, p. 357-363, out./nov. 2007. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_nov/V25_N4_2007_p357-364.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2016.

19- SILVA, Janaína da et al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 166-173, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1379/pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

20- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

21- LENZA, Nariman de Felício Bortucan et al. Necessidades do estomizado intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, supl. 6, p. 8715-8724, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6373/12733>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

22- PREVENÇÃO. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/prevencao>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

23- MESQUITA FILHO, Joaquim Francisco; HENRIQUES, Alexandre Queiroz Franco. Revisão de literatura para avaliar a eficácia da terapia neoadjuvante no câncer de reto. In: JORNADA CIENTÍFICA DO INTERNATO CURSO DE MEDICINA, 27, 2016, Teresópolis. **Anais...** Teresópolis: [s.n.], 2016. p. 1-5. Disponível em: <<http://revistasunifeso.filoinfo.net/index.php/jornadaunifeso/issue/view/9>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

24- CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro; LEITE, Maria das Graças. Bases para o cuidar em enfermagem. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia**: cuidado do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

25- MARTINS, Margareth Linhares. **Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas**. 1995. 165f. Dissertação (mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 1995. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/112047>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

26- TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002. Disponível em:

<<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

27- SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Avanços das políticas públicas para as pessoas com deficiência**: uma análise a partir das Conferências Nacionais. Brasília (DF): SDH, 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

28- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 set. 1993. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/PT%20SAS_MS%20116_93%20Orteses_Proteses_Ostomia.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

29- BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

30- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Resolução nº 1.249, de 20 de julho de 2007**. Define critérios, normas operacionais e procedimentos para Assistência a Portadores de Derivação Intestinal ou Urinária no SIA/SUS/MG e no SIH/SUS/MG. SES-MG, 20 jul. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2007/resolucao1249.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

31- BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/decreto%205296-2004.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

32- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2009.

33- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2012.

34- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Deliberação nº 1.272, de 24 de outubro de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, 24 out. 2012. Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao-1272redesdecuidadosPessoacomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

35- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

36- REDENUTRI. **Curso de autoaprendizado:** Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

37- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Instrutivo ostomia:** ref. Portaria GM 793, de 24 de abril de 2012, e Portaria GM 835, de 25 de abril de 2012. Disponível em: <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/07/Portaria-n.-793-de-24-de-abril-de-2012.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

38- PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

39- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 26 jun. 1986. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

40- RIBEIRO, Jorge Ponciano et al. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-409, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.

41- FERNANDES, Josicelia Dumê; REBOUÇAS, Lyra Calhau. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 95-101, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea13.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.

42- SANTOS, Iraci dos et al. A dimensão artística, tecnológica e educativa do cuidado de enfermagem em dermatologia. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 128-143, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3536>>. Acesso em: 10 out. 2016.

- 43- RIGON, Angelita Gastaldo; NEVES, Eliane Tastch. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 812-817, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400022>. Acesso em: 13 out. 2016.
- 44- LOPES, Emeline Moura; ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-277, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.
- 45- MENEZES, Gisely Abrantes Chalub; ROSA, Rebeca dos Santos Duarte. Práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 337-340, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/747>>. Acesso em: 13 out. 2016.
- 46- FOSTER, Peggy Coldwell; BENETT, Agnes M.; Dorothea E. Orem. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000. p. 83-102.
- 47- SILVA, Daniela Ferreira da. **O desafio do autocuidado de pacientes oncológicos estomizados: da reflexão à ação**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/1027/1/Daniela%20Ferreira%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.
- 48- SANTOS, Iraci dos; SARAT, Caroline Neris Ferreira. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a03.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.
- 49- BUB, Maria Bettina Camargo et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018>. Acesso em: 25 out. 2016.
- 50- SAMPAIO, Francisca Aline Arrais et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 107-111, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2016.
- 51- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2053>>. Acesso em: 25 out. 2016.

52- TRENTINI, Mercedes; CUBAS, Márcia Regina. Ações de enfermagem em nefrologia: um referencial expandido além da concepção biologicista de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 481-485, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400020>. Acesso em: 25 out. 2016.

53- TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003407&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2016.

54- STRECK, Danilo Romeu; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

55- MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia Freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 286-294, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200005>. Acesso em: 16 nov. 2016.

56- CUNHA, Regina Ribeiro; BACKES, Vânia Marli Schubert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 296-301, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a22v25n2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

57- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

58- GEMELLI, Lorena Moraes Goetem; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 34-40, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7769.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

59- BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 422-430, set./dez. 2009. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 16 nov. 2016.

60- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

61- MOREIRA, Maria de Fátima; NOBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./abr. 2003.

62- FREITAS, Ana Angélica de Souza; CABRAL, Ivone Evangelista. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 84-89, mar. 2008. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=291>. Acesso em: 16 nov. 2016.

63- ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, set./out. 2005.

64- MAINE HEALTH. **A guide to creating and evaluating patient materials**: guidelines for effective print communication. Portland: MaineHealth, c2010. Disponível em: <http://www.mainehealth.org/workfiles/MH_LRC/MH_Print%20Guidelines_Intranet.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

65- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Elaboração de material didático impresso para programas de formação a distância**: orientações aos autores. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/nucleoad/documentos/ENSPMaterial.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

66- WILLIAMS, Robin. **Design para quem não é designer**: noções básicas de planejamento visual. Tradução de Laura Karin Gillon. São Paulo: Callis, 1995.

67- DESIGN GRÁFICO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Design_gr%C3%A1fico&oldid=47844383> Acesso em: 21 nov. 2016.

68- ALBUQUERQUE, Andressa Ferreira Leite Ladislau. **Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas**: estudo de validação. 2015. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em:

<<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/15420>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

69- BARROS, Edaiane Joana Lima. **O ser idoso estomizado sob o olhar complexo**: uma proposta de gerontotecnologia educativa. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/6372>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

70- CARVALHO, Dione Seabra de. **Tecnologia educacional para estomizados**: construção de um guia de orientação para cuidados com a pele periestoma. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado Associado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2014. Disponível em: <http://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/DISSERTAO_DIONE_SEABRA.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2016.

71- OLIVER, C. et al. **MUHC Standards for Developing Effective Written Patient Learning Materials**. Montréal: McGill University Health Center, 2007. Disponível em: <<http://www.igh.ca/uploads/Library/HandbookEngJan20.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

72- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. **Ostomy care and Management**: Clinical Best Practice Guidelines. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario, 2009. Disponível em: <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care_Management.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

73- Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice for Clinicians. **Journal of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society**, Mount Laurel, v. 37, n. 6, p. 596-598, Nov./Dec. 2010.

74- AUSTRALIAN ASSOCIATION OF STOMAL THERAPY NURSES. **Clinical Guidelines for Stomal Therapy Nursing Practice**. [S.l.]: AASTN, 2013. Disponível em: <http://www.stomaltherapy.com/standards_guidelines.php>. Acesso em: 10 nov. 2016.

75- THE ASSOCIATION OF STOMA CARE NURSES. Stoma Care National Clinical Guidelines, ASCN-England, 2016. Disponível em: <<http://ascnuk.com/wp-content/uploads/2016/03/ASCN-Clinical-Guidelines-Final-25-April-compressed-11-10-38.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

76- BIRD, Andrew et al. **Guideline for Care of a Patient With a Stoma**, Nottingham: Nottingham University Hospitals, 2016. Disponível em: <[file:///F:/Documentos/Downloads/stoma_care%20\(1\).pdf](file:///F:/Documentos/Downloads/stoma_care%20(1).pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

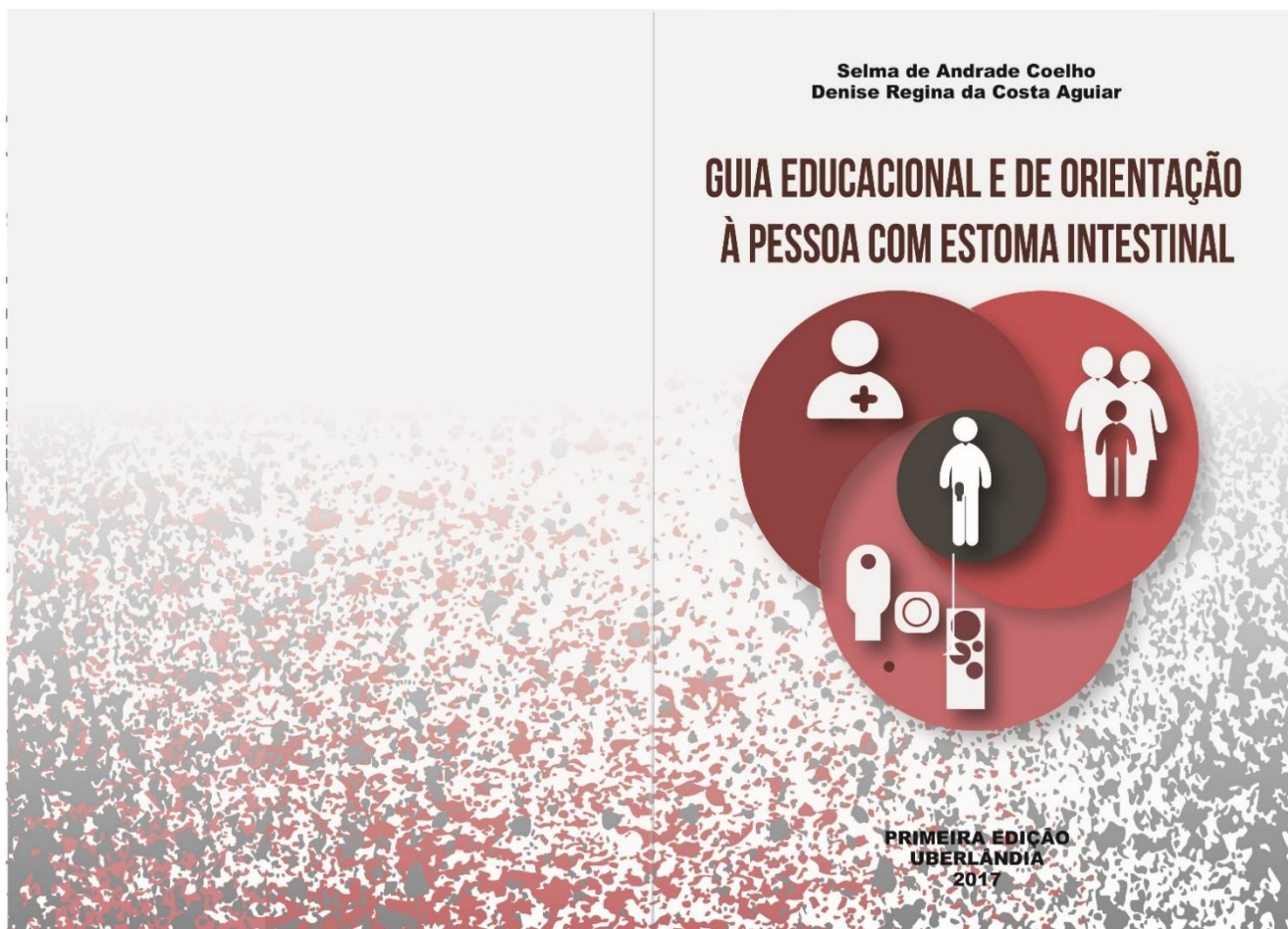
77- QADER, Samar Ali Abdul; KING, Mary Lou. Transcultural Adaptation of Best Practice Guidelines for Ostomy Care: Pointers & Pitfalls. **Middle East Journal Of Nursing**, Tripoli, v. 6, n. 2, p. 3-12, Apr. 2015. Disponível em: <<http://www.me-jn.com/April2015/Ostomy.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

- 78- CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 163-167, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2007pdf/2007-163.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- 79- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. Tradução de Andréa Favano et al. 13. ed. o. Rio de Janeiro: Elsevier, c2012.
- 80- BURCH, Jennie. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 16, n. 8, p. 366, Ago. 2011. Disponível em: <<http://people.stfx.ca/cdmacdon/N405%20Lectures/Ostomy%20care.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- 81- NASCIMENTO, Conceição de Maria de Sá et al. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 557-564, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- 82- AGÊNCIA BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL. **Manual de registro e cadastramento de materiais de uso em saúde**. Brasília: ABDI, 2011. Disponível em: <<http://www.abdi.com.br/Estudo/2%20-%20Manual%20de%20Registro%20e%20Cadast%20de%20Materiais%20de%20uso%20em%20Saude.pdf>>. Acesso em: 13 dez.2017.
- 83- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação (relatório mundial). Brasília: [s.n.], 2003.
- 84- SIEGEL, Rebecca; BRAWLEY, Otis. **Cancer statistics 2011**: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 61, n. 4, p. 212-236, Jul./Aug. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20121/full>>. Acesso em: 13 dez. 2016.
- 85- BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 13 dez. 2016.
- 86 - FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007. Disponível em: <http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

87- TORRES, Heloisa Carvalho et al. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 312-316, abr. 2009.

Disponível em; <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2017.

APÊNDICE A – GUIA EDUCACIONAL E DE ORIENTAÇÃO À PESSOA COM ESTOMA INTESTINAL



SUMÁRIO

SOBRE AS AUTORAS.....	01
APRESENTAÇÃO DO GUIA.....	01
CENTRO DE CONCESSÃO ÓRTESE E PRÓTESE.....	03
DIREITOS E BENEFÍCIOS DA PESSOA ESTOMIZADA.....	04
CONVERSANDO ANTES DA CIRURGIA.....	05
CONVERSANDO APÓS A CIRURGIA.....	06
AUTOCUIDADO.....	06
CONVERSANDO SOBRE O SISTEMA DIGESTÓRIO.....	07
APRENDENDO SOBRE O ESTOMA.....	09
BANHO.....	15
TRABALHO, LAZER E VIAGEM.....	16
VESTUÁRIO.....	18
SEXUALIDADE.....	19
CONVERSANDO SOBRE A ALIMENTAÇÃO.....	19
CONHECENDO O EQUIPAMENTO COLETOR.....	23
CONHECENDO OUTROS MATERIAIS.....	32
CONVERSANDO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DO ESTOMA.....	38
TROCA DE BOLSA DE UMA PEÇA.....	43
TROCA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS.....	48
COMO GUARDAR O MATERIAL.....	52
O QUE É IRRIGAÇÃO.....	53
PREVENÇÃO.....	53
GLOSSÁRIO.....	55
DECLARAÇÃO.....	62
REFERÊNCIA.....	63
CONTATO.....	64

SOBRE AS AUTORAS DO GUIA EDUCACIONAL E DE ORIENTAÇÃO À PESSOA COM ESTOMA INTESTINAL

Selma de Andrade Coelho, graduanda em enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem, São Paulo (1979), especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Capacitação Pedagógica na Área de Saúde pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (1989). Pós-graduada em Estomaterapia (especialidade voltada para o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária), pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2007).

Trabalha no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia desde 1980, onde atuou como enfermeira encarregada de turno da enfermagem de cirurgia geral (1980-1995), foi coordenadora do Setor de Capacitação e Desenvolvimento Técnico-Científico da Enfermagem (1997-2003), hoje Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem (CEPEPE).

Enfermeira do Centro de Concessão Órtese e Prótese-Estoma do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (CCOPE-HCU-UFU), desde 1990.

Atualmente é aluna de mestrado e, como parte dos estudos, decidiu elaborar o Guia Educacional e de Orientação à Pessoa com Estoma Urinário, tendo como orientadora e colaboradora a professora doutora, Denise Regina da Costa Aguiar, graduada em Pedagogia e Mestrado em Educação pela Universidade Metodista de São Paulo (2005) e Doutorado em Educação: Currículo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/ PUC-SP (2011). Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e do curso de graduação Pedagogia da Universidade Brasil. Integra o grupo de pesquisa da Cátedra Paulo Freire/PUCSP. Tem experiência na área de Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: formação de educadores, gestão democrática, currículo-emancipatório, ciclos de aprendizagem na perspectiva freireana, avaliação.

APRESENTAÇÃO DO GUIA

Todos os anos, muitas pessoas passam por cirurgia para a realização de um estoma. Essa operação é uma solução para resolver diversas doenças intestinais. Seja qual for a razão para a sua cirurgia, você e sua família provavelmente terão muitas perguntas ou preocupações.

Pensando nisto, elaboramos este guia para ajudá-lo(a) a estar mais bem informado(a) e capacitá-lo(a) com as habilidades e os conhecimentos necessários para participar ativamente no seu cuidado.

Você tem um papel importante na sua recuperação, e nós queremos fornecer as informações necessárias para auxiliá-lo(a). Esperamos que o conteúdo deste guia possa ajudar e facilitar o seu dia a dia com o estoma, proporcionando-lhe mais qualidade de vida.

GUIA EDUCACIONAL E DE ORIENTAÇÃO À PESSOA COM ESTOMA INTESTINAL foi elaborado após levantamento bibliográfico, consulta a outros guias nacionais e internacionais e recomendações de especialistas, com a finalidade de fornecer informações básicas sobre os seus direitos e benefícios, o sistema digestório, a cirurgia antes e depois, o estoma e suas características, o retorno às suas atividades após a cirurgia, alimentação, os cuidados com o equipamento coletor e acessórios e os diversos modelos, cuidados com a pele ao redor do estoma e como prevenir e tratar as principais complicações.

Este guia também é uma fonte de referência de outras importantes organizações de aconselhamento e dos fabricantes de equipamentos disponível em endereços eletrônicos citados na página 63.

Esperamos que esta publicação possa ajudá-lo(a) tanto no seu dia a dia como usuário do CCOPE-HCU-UFU, quanto para usufruir plenamente os seus direitos de cidadania e autonomia de seu cuidado com o estoma.

Esta é a forma de demonstrar que o CCOPE-HCU-UFU está junto de você e sua família nesta batalha e que existem meios de minimizar as dificuldades que possam surgir no decorrer de seu tratamento.

Selma de Andrade Coelho

"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção."

Paulo Freire

CENTRO DE CONCESSÃO ÓRTESE E PRÓTESE - ESTOMA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

O programa Centro de Concessão Órtese e Prótese-Estoma do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, (CCOPE-HCU-UFU), localizado no Ambulatório Amélio Marques, é composto por assistente social, enfermeira (o), nutricionista, médico e assistente administrativo, todos interessados na sua reabilitação e empenhados em ajudar você nessa nova caminhada.

Esse serviço é um ponto de atenção à saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) que presta assistência à pessoa estomizada das cidades de Uberlândia, Araguari, Prata, Tupaciguara, Monte Alegre, Araporã, Indianópolis, Cascalho Rico e Nova Ponte.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) é o órgão responsável pela compra de equipamentos coletores (bolsas) e adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários, bem como pela sua distribuição aos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), que compõem a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS de Minas Gerais (SUS-MG).

De acordo com a proposta atual de assistência da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD) da SES-MG, para ter acesso aos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, a pessoa estomizada deverá fazer seu cadastro e passar por uma consulta com assistente social, nutricionista e enfermeira (o), que vai indicar o produto mais adequado para cada usuário, bem como a quantidade mensal a ser disponibilizada. Essas definições podem variar ao longo do processo de reabilitação, de acordo com a evolução de cada paciente, exigindo acompanhamento contínuo pelos profissionais enfermeiros.

Ao realizar o cadastro no CCOPE-HCU-UFU, você é atendido por esses profissionais e ainda pode agendar outras consultas sempre que houver necessidade e interesse em esclarecer suas dúvidas.

Se você está tendo problemas com seu estoma, vazamento, troca frequente do equipamento coletor ou necessita de orientações para prevenir ou tratar alguma complicação com seu estoma ou a pele ao redor, agende uma consulta com a equipe do serviço ambulatorial de estomas.

DIREITOS E BENEFÍCIOS DA PESSOA ESTOMIZADA

AS PESSOAS ESTOMIZADAS POSSUEM OS MESMOS DIREITOS QUE A LEI GARANTE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?

Sim. As pessoas estomizadas são consideradas portadoras de deficiência física e, em razão disso, podem usufruir dos direitos que a lei garante às pessoas com deficiência, desde que cumpridos os demais requisitos (ex.: compra de veículos adaptados com isenção de impostos, Benefício da Prestação Continuada, isenção da tarifa em transporte urbano coletivo, entre outros).

QUAIS AS LEGISLAÇÕES SOBRE A PESSOA ESTOMIZADA?

São várias as legislações, mas citaremos aqui as mais importantes.

1. LEI Nº 9.250, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1995.

ALTERA A LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA DAS PESSOAS FÍSICAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Um expressivo número de estomizados convivem com a condição de pacientes com câncer, além da de deficiente. Como o câncer é considerado uma moléstia grave, nos termos do Artigo 30º da Lei nº 9.250/95, seus portadores são contemplados com outros benefícios sociais.

2. PORTARIA SAS/MS Nº 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009.

Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

3. DECRETO 5.296, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004.

Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Enquadra ostomia como categoria de pessoas portadora de deficiência física, devido a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física.

No capítulo II, estabelece atendimento prioritário em repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos, instituições financeiras, supermercados, cinemas, teatros, casas de shows/espetáculos ou quaisquer outros locais de lazer e entretenimento, estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário às pessoas com deficiência por meio de serviços individualizados que assegurem o tratamento diferenciado e o atendimento imediato.

4. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012.

Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

5. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 325, DE 18/4/2013.

Esta resolução regulamenta o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia e acessórios à pessoa estomizada conveniada ao plano privado de Saúde Suplementar. Portanto, os convênios de saúde são obrigados a fornecer os materiais de uso para os cuidados com o estoma.

CONVERSANDO ANTES DA CIRURGIA

COMO VOCÊ DEVE SE PREPARAR PARA A CIRURGIA DE CONSTRUÇÃO DE ESTOMA?

É normal pensar como sua vida se transformará após a construção do estoma e como você vai conviver com essa mudança. A melhor forma de se sentir seguro(a) é obtendo informações sobre sua nova condição de vida com a equipe de profissionais de saúde.

Na consulta do pré-operatório, o cirurgião vai lhe informar sobre a cirurgia e o tipo do seu estoma. Nessa consulta, o cirurgião também pode encaminhá-lo(a) para os demais membros da equipe de saúde – o nutricionista, o assistente social, o psicólogo e a enfermeira – que vão prepará-lo(a) e orientá-lo(a) sobre os cuidados com o estoma (limpeza da pele e da bolsa) e o equipamento coletor e acessórios (modelos, como colocar e tirar a bolsa).

A equipe vai iniciar o processo educativo a fim de proporcionar uma melhor adaptação no pós-operatório. A enfermeira pode também demarcar o local do estoma no abdômen, isto é, delimitar uma região favorável onde o cirurgião possa fazer a abertura do estoma.

Essa equipe de saúde vai ser sua referência durante seu convívio com o estoma.

CONVERSANDO APÓS A CIRURGIA

QUANDO COMEÇO A USAR O EQUIPAMENTO DE BOLSA COLETORA?

Após a cirurgia, você já está usando a bolsa coletora, que deve ser preferencialmente transparente, para que os profissionais de saúde possam verificar as características do seu estoma.

Seu estoma deverá entrar em funcionamento entre o 3º e o 5º dia, porém, logo após a cirurgia, já devem sair os gases pelo estoma.

A primeira troca da bolsa provavelmente acontece no hospital. Nesse momento, o enfermeiro ou a equipe de enfermagem faz a primeira troca e vai demonstrar para você e seus familiares como realizar a higienização do estoma para colocar outro equipamento coletor.

Após a alta você, agende uma consulta no ambulatório com a equipe de profissionais de estomas, a assistente social, a enfermeira e a nutricionista, para receber outras orientações e realizar o cadastro no SUS, para que a SES-MG, disponibilize o equipamento coletor e os acessórios, se necessários.

AUTOCUIDADO

Autocuidado é um conjunto de atividades que os indivíduos realizam pessoalmente, em favor de si, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, que se apresenta associada com as habilidades, valores e regras culturais do próprio sujeito, ou seja, é um aspecto do viver saudável.

Você será incentivado(a) e motivado(a) pelos seus familiares e pela equipe de saúde a desenvolver atividades de autocuidado com seu estoma.

Lembre-se de que o objetivo deste guia é ajudá-lo(a) no aprendizado das noções básicas de cuidado com seu estoma, para que você possa adquirir, com o tempo, habilidade para higienizar o estoma, trocar a bolsa coletora, além de identificar e reconhecer as possíveis mudanças no estoma, as características das eliminações e as complicações. Desta forma, o guia pode melhorar a sua qualidade de vida.

CONVERSANDO SOBRE O SISTEMA DIGESTÓRIO

COMO FUNCIONA O SISTEMA DIGESTÓRIO?

O sistema digestório é um longo tubo cheio de músculos que começa na boca e termina no ânus. Ele é responsável pela transformação dos alimentos que ingerimos em substâncias bem pequenas, fazendo com que seus nutrientes sejam levados pelo sangue a todo o nosso corpo. Depois disso, o que não tem utilidade para o organismo é eliminado pelas fezes.



Fig. 1 Sistema Digestório Fonte: <http://www.colonos.com.br/aparelho-digestivo.htm>

Fazem parte desse sistema: boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso e ânus (FIGURA 1).

A digestão se inicia quando colocamos o alimento na boca. A produção de saliva é estimulada, e os dentes e a língua trabalham para triturá-lo e umedecê-lo, formando uma pasta chamada bolo alimentar. Após esse momento, ele é engolido, passando pela faringe e pelo esôfago e, então, chega ao estômago.

O estômago é o local para onde o bolo alimentar se direciona. Ele entra em contato com o suco gástrico, que é uma substância que auxilia

na transformação do bolo alimentar em pedaços ainda menores. Ao sair do estômago, o bolo alimentar já passou por diversas transformações físicas e químicas. Nessa etapa, sua consistência é líquida e recebe o nome de quimo. Do estômago o alimento passa para o intestino delgado.

O intestino delgado é um longo tubo que mede de 6 a 8 metros (m) de comprimento e cerca de 3 centímetros (cm) de diâmetro. Divide-se em três porções: duodeno, jejuno e íleo. É no intestino delgado, através das vilosidades (camada interna do intestino delgado), que os nutrientes são absorvidos e passam para a corrente sanguínea. Uma vez na corrente sanguínea, os nutrientes são distribuídos para todas as células do corpo.

Com os movimentos do intestino delgado e com a ação dos sucos pancreático e intestinal, o quimo é transformado em quilo, que é o produto final da digestão.

As substâncias residuais desse processo digestivo passam para o intestino grosso, do qual acabam por ser expulsas, através do ânus, sob a forma de fezes.

O intestino grosso é ligado ao intestino delgado, com uma estrutura de aproximadamente 1,5 m de comprimento e 6,5 cm de diâmetro. É composto pelo ceco, cólon (ascendente, transverso, descendente e sigmoide) e reto (FIGURA 2).

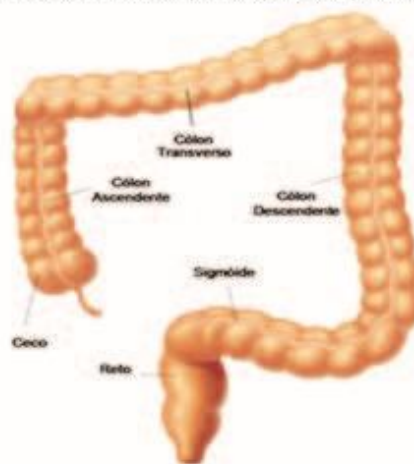


Fig 2 Intestino grosso (ceco, cólon ascendente, transverso, descendente, sigmoide e reto). Fonte: <http://www.gastrocentro.com.br/colorretal.asp>

A função do intestino grosso é a absorção de água e sais minerais presentes nos resíduos alimentares. Graças à sua capacidade de absorção de água, deixa o material fecal em consistência mais sólida e o armazena por algum tempo, até esse material ser eliminado pelo ânus. A ação das bactérias do intestino grosso sobre os restos da digestão produz gases que contribuem para a flatulência e o odor característico das fezes.

APRENDENDO SOBRE O ESTOMA

QUE É ESTOMA OU ESTOMIA?

De acordo com as normas da língua portuguesa, estoma e estomia são as formas corretas e preferenciais entre os termos de comunicação de publicação na área de saúde. Os termos ostoma ou ostomia são formas irregulares na língua portuguesa e, apesar de serem usados por pessoas leigas ou até mesmo por profissionais, eles não são registrados nos dicionários.

Portanto, neste guia, adotamos a forma estoma (ou estomia), que significa: procedimento cirúrgico cujo objetivo é criar uma abertura artificial entre os órgãos internos ocultos com o meio externo (parede abdominal). A abertura de saída chama-se estoma. O termo vem do grego "stoma" e significa "boca" ou "abertura" (FIGURA 3). A finalidade da estomia ou estoma é permitir que as fezes não passem por uma parte doente ou danificada do intestino. Portanto, chamamos de estomizada a pessoa que possui um estoma.

Quando uma pessoa tem um estoma intestinal, as fezes não são mais eliminadas através do ânus. Em vez disso, elas são eliminadas através do estoma. O estoma não tem um músculo esfíncter, de modo que uma pessoa com estoma não possui controle voluntário sobre sua evacuação intestinal. Esta pessoa deve usar então um equipamento coletor para as fezes, que popularmente é chamado de bolsa.

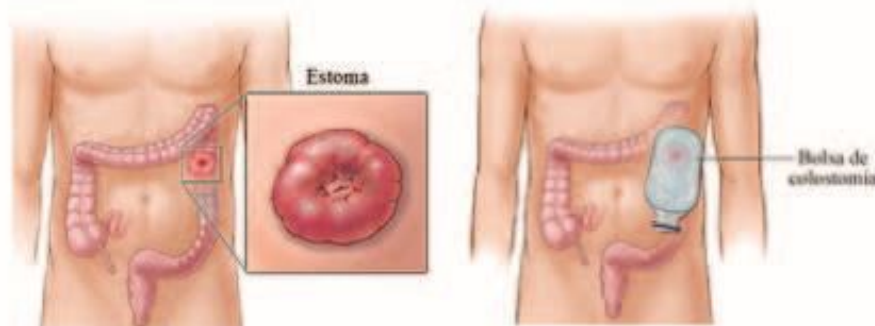


Fig. 3- Estoma intestinal e estoma com o equipamento coletor. Fonte: <http://www.enfermagemrondade.com.br>

POR QUE FAZER UM ESTOMA?

São várias as razões e os fatores médicos individuais que determinam a necessidade de se ter um estoma. As principais indicações são:

- câncer de cólon ou reto ;
- doença inflamatória intestinal, como a doença de Crohn e colite ulcerativa;
- polipose adenomatosa familiar;
- malformações congênitas (ânus imperfurado, mielomeningocele);
- ferimentos penetrantes e outros traumas no abdômen;
- doenças neurológicas.

O ESTOMA É TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO. QUAL A DIFERENÇA?

O estoma temporário é construído com a intenção de que possa ser revertido mais tarde, após a recuperação da parte afetada. O estoma definitivo não permite o restabelecimento do trânsito intestinal ou urinário e, portanto, permanece por toda a vida da pessoa.

QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA?

As características de um estoma são: (FIGURA 4)

- ✓ coloração rosa avermelhada, semelhante à mucosa oral, úmida e brilhante;
- ✓ não tem terminações nervosas; portanto, não doem;
- ✓ tem muitos vasos sanguíneos e podem sangrar ligeiramente, se irritado ou esfregado;
- ✓ as fezes são eliminados sem controle, sendo necessário uso de equipamento coletor em todos os momentos;
- ✓ a pele ao seu redor deve estar lisa, sem vermelhidão, coceiras, feridas ou dor.



Fig.4 - Característica do estoma
Fonte: <http://bowelcancerawarenessuk.org>

QUAL DEVE SER A ALTURA DO ESTOMA?

A altura do estoma (protrusão) em relação a pele (FIGURA 5), pode ser de vários níveis: A - alto, B - normal, C - baixo, D - na altura da pele (sem protrusão) ou E - retraído (abaixo do nível da pele) (FIGURA 6).

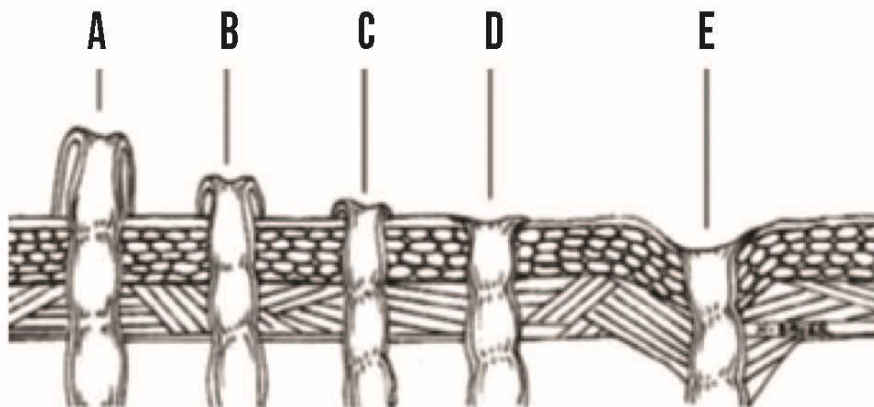


Fig.5 - Desenho dos estomas conforme a sua altura em relação ao nível da pele (A - alto, B - normal, C - baixo, D - na altura da pele (sem protrusão) E - ou retraído (abaixo do nível da pele). Fonte: Royal College of Nursing (RNAO), 2009.



Fig.6- Estoma retraído Fonte: Arquivo pessoal de Selma Andrade Coelho, 2014

Na ileostomia, é importante o estoma ficar com perfil alto, para que o líquido drenado caia direto na bolsa coletora e não provoque irritação na pele ao redor do estoma, devido às secreções irritantes existente nesse trajeto.

QUAL O FORMATO DO ESTOMA?

Estomas podem variar de redondo para oval ou ter formato irregular (FIGURA 7).

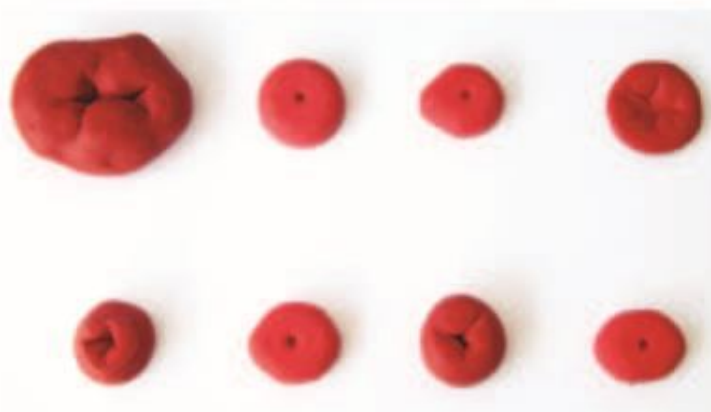


Fig.7 - Formato de estomas Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

QUAL O DIÂMETRO DO ESTOMA?

Os estomas podem ter vários diâmetros. Nos primeiros dias após a cirurgia, devido ao trauma, ficam inchados (edema) e, portanto, o diâmetro aumenta (FIGURA 8).

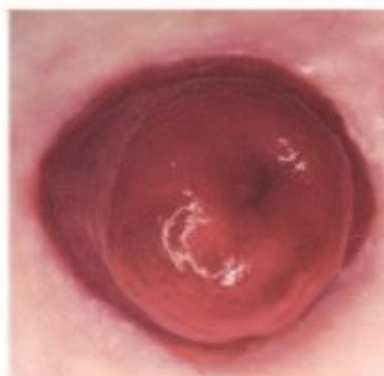


Fig.8 - Estoma com inchaço Fonte: <http://www.abraso.org.br/ostipg>

QUAIS OS TIPOS DE ESTOMA?

O estoma de eliminação pode ser classificado em intestinal e urinário. As razões e os fatores médicos individuais que determinam a necessidade de se ter um estoma também delimitam a porção do intestino por onde as fezes não devem passar ou a porção do aparelho urinário da qual será desviada a urina.

O novo trajeto pode ser para saída das fezes ou da urina. O termo é complementado com o nome da porção anatômica de onde se origina.

Exemplos:

COLOSTOMIA: é a exteriorização do cólon (intestino grosso) através da parede abdominal (FIGURA 9).

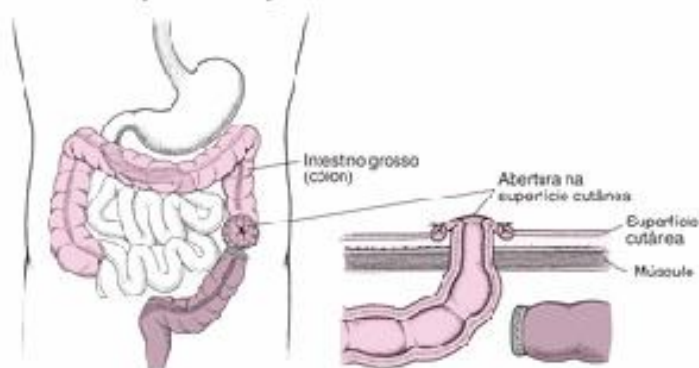


Fig. 9-Exteriorização do Intestino grosso. Fonte: http://www.medmanuals.com/pl/casa/ds/%C3%BA%tilos-digestivos/tumores-do-sistema-digestivo/c%C3%A2ncer-colorectal#v757564_pt

Segundo a localização anatômica a colostomia recebe o nome de colostomia ascendente, colostomia transversa e colostomia descendente ou sigmoide (FIGURA 10).

COLOSTOMIA ASCENDENTE:

localizada no quadrante inferior direito do abdome; o conteúdo eliminado geralmente tem consistência semilíquida e tende a fluir quase continuamente.

COLOSTOMIA TRANSVERSA:

localizada na parte transversa do cólon (pode ser direita ou esquerda), e o conteúdo eliminado geralmente tem consistência de semilíquida a pastosa.

COLOSTOMIA DESCENDENTE OU SIGMOIDE: localizada no quadrante inferior esquerdo do abdome, e o conteúdo eliminado tem consistência pastosa ou endurecidas.

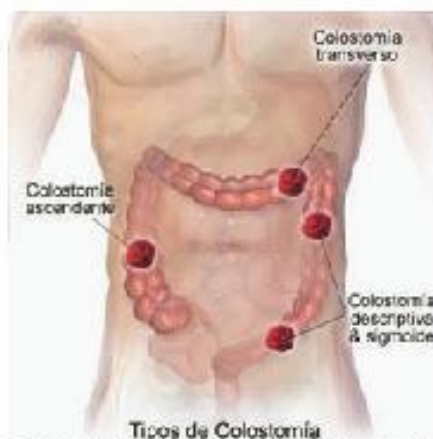


Fig. 10-Colostomia ascendente, transversa, descendente ou sigmoide. Fonte: <http://enfermagempraticacomivoneiuda.blogspot.com/2013/12/colostomia.html>

ILEOSTOMIA: exteriorização de um seguimento do íleo (intestino delgado), através da parede abdominal e geralmente localizado na parte inferior direita do abdome (FIGURA 11). No início, o resíduo intestinal tem consistência líquida e sai com frequência. No entanto, à medida que o intestino delgado começa a se adaptar, as fezes vão se tornando mais consistentes e semi-pastosas. O tipo de alimento ingerido influencia muito na consistência e qualidade do conteúdo.



Fig.11 - Ileostomia Fonte: <http://www.coloplast.us>

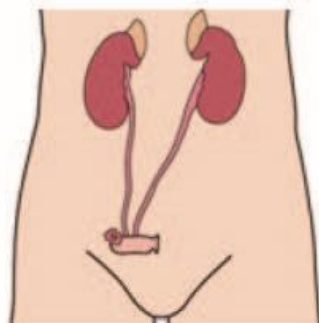


Fig.12 - Urostomia Fonte: www.coloplast.co.jp

UROSTOMIA: é a exteriorização da parte de um dos órgãos que fazem parte do aparelho urinário. Eles formam, armazenam ou conduzem a urina para fora do corpo. Por essa abertura sai a urina (FIGURA 12).

O QUE É MUCO?

Muco é uma secreção gelatinosa produzida na parte interna do intestino que atua como um lubrificante para auxiliar a passagem das fezes. A frequência e a quantidade de descarga de muco são muito individuais. Vazamento de muco pode irritar a pele em torno do ânus. Para proteger a sua pele, tome banho regularmente, não esfregue, e seque a região com suaves toques. Converse com a enfermeira, ela poderá orientar sobre quais produtos utilizar para proteger a pele.

E SE HOUVER SANGUE OU PUS NO MUCO?

Se a eliminação de muco anal apresentar sangue ou pus, isso deve ser relatado ao seu médico, pois pode ser uma indicação de inflamação ou infecção.

Se você tem uma incisão cirúrgica (pontos) na região do ânus, é melhor você se sentar em um travesseiro macio ou assento inflável sem anel (FIGURA 13).



Fig. 13-Almofada sem anel e almofada com anel. Fonte: <http://www.sosortopediasp.com.br>

BANHO

COMO DEVE SER MEU BANHO?

Com um estoma, você pode tomar banho ou ducha da mesma forma como fazia antes. Seu equipamento de bolsa coletora não vai se desprender da pele durante o banho. Lembre-se de secar a bolsa após o banho.

No dia de trocar o equipamento, você deve retirar a bolsa coletora e lavar a pele e o estoma, permitindo que a água e o sabonete entrem em contato com o estoma, para fazer uma boa limpeza.

Se você usa um sistema de bolsa coletora de duas peças, pode remover a bolsa e lavá-la durante o banho. A decisão é sua.

Evite o uso de óleos de banho e loções na pele ao redor de seu estoma, porque eles podem impedir o seu equipamento de bolsa coletora de se aderir à pele.



<http://www.stomasite.nl>

TRABALHO, LAZER E VIAGEM

QUANDO POSSO VOLTAR AO TRABALHO E ÀS MINHAS ATIVIDADES EM GERAL?



<http://health.sunnybrook.ca>

Você pode retomar ao trabalho ou à escola o mais rapidamente possível. Esta é uma atitude positiva que o paciente deve adotar. Porém evite atividades que possam cansar você, como levantar peso, limpar casa ou até dirigir o carro, por pelo menos 6 ou 8 semanas. Seu cirurgião vai aconselhar quando você pode retornar às suas atividades.

SERÁ QUE VOU SER CAPAZ DE PARTICIPAR DE MEUS ESPORTES E ATIVIDADES FÍSICAS FAVORITAS?

Sim. De modo geral, depois que você se recuperou da cirurgia, pode voltar a praticar atividades físicas normalmente, exceto aquelas que exigem algum tipo de contato físico (boxe, futebol, luta livre etc.) ou que trabalham com pesos, por causa de possíveis danos ao estoma. Muitas pessoas com estoma nadam, fazem hidroginástica, correm, caminham, pedalam ou jogam tênis. Exercícios abdominais ajudam no fortalecimento da musculatura abdominal, assim prevenindo possíveis complicações de hérnia. (Ver página 40).

POSSO NADAR?

Sim, você pode nadar ou fazer outras atividades na água. Há uma variedade de modelos de roupa de banho para mulheres e homens com desenhos e cores diferentes.



<http://health.sunnybrook.ca>

Escolha uma adequada para você. Pessoas com estoma devem buscar informação com o seu médico ou enfermeira(o) antes de iniciar as atividades na água, para receber orientações que muito vão ajudar.

DICAS ÚTEIS:

- Antes de natação, recomenda-se esvaziar a bolsa;
- Pode adicionar fita nas bordas da bolsa antes de nadar;
- Você pode precisar mudar a bolsa mais frequentemente, se tomar banho em banheira de hidromassagem, sauna, piscina ou mar.

POSSO VIAJAR?

Sim, você pode viajar. Isso pode exigir algum planejamento extra. Sempre leve com você, de forma escrita, o modelo de equipamento que usa, o tamanho, nome, número de ordem e o nome do fabricante, em caso de necessidade de aquisição.

Também leve sempre seu kit (bolsas, material de higiene da pele e do estoma, tesoura, sacos de descarte, barreiras protetoras) na mala de mão perto de você, para que seja mais prático na hora em que precisar utilizá-los e também evitar dores de cabeça em casos de extravio de bagagem.

DICAS IMPORTANTES:

- Em viagens de ônibus e similares, reserve um assento no corredor;
- Tente posicionar o cinto abaixo ou acima do estoma;
- Lembre-se de que, em viagem de avião, a tesoura deve ficar na bagagem despachada;
- Em viagens de carro, uma sacola térmica pode ser útil para transportar o seu equipamento de estoma e evitar danos devido ao calor do verão;
- É recomendável ter sempre um kit de reposição com você aonde quer que vá, mesmo que seja uma breve viagem ou uma consulta médica;
- Converse com a enfermeira antes de viajar. Ela pode fornecer outras informações.

VESTUÁRIO

VOU TER QUE COMPRAR ROUPAS NOVAS?

Não. Você não precisa modificar totalmente seu estilo de roupas, apenas algumas pequenas adaptações no vestuário para deixar você mais confortável.

QUAIS AS MUDANÇAS QUE TENHO QUE FAZER?

Se seu estoma é na cintura ou perto da cintura, coloque o cinto de couro ou de elástico, ou o acabamento da calça acima ou abaixo do estoma, para evitar que o atrito machuque o estoma.

A bolsa coletora pode ser usada dentro ou fora de sua roupa íntima, o que for mais confortável para você. As mulheres podem usar cintas ou calcinha, desde que não sejam muito apertadas.



<https://www.lesfray.com.br>

<http://www.leafnbell.com>

SEXUALIDADE

COMO POSSO TER VIDA SEXUAL COM A BOLSA DE COLOSTOMIA?

Relações sexuais e a intimidade são aspectos importantes de sua vida que devem continuar após a cirurgia de estoma. Um período de adaptação após a cirurgia é natural. Como se trata de um procedimento que altera a imagem do corpo, muitas pessoas se preocupam com suas relações sexuais e a intimidade, bem como a aceitação por parte do cônjuge. É importante discutir sobre a relação sexual de forma aberta com o seu parceiro(a), para chegarem a conclusões do momento e da forma mais adequada para terem intimidade. Caso as conversas sobre o tema não venham a ocorrer naturalmente, buscar ajuda de um psicólogo é uma boa alternativa.



<http://www.skmzale.nl>

CONVERSANDO SOBRE A ALIMENTAÇÃO

POSSO COMER QUALQUER ALIMENTO APÓS A CIRURGIA DE ESTOMA?

A dieta de uma pessoa que tem uma colostomia geralmente requer pouca ou nenhuma alteração. Você deve ser capaz de comer os mesmos alimentos que comia antes da cirurgia. Nos primeiros dias após a cirurgia os alimentos irritantes para mucosa intestinal devem ser evitados e, aos poucos, você pode retomar a sua alimentação normal, observando se algum alimento causa desconforto ou irritação da mucosa ou da pele. Alimentos que irritam a mucosa intestinal:

- Temperos fortes (todas as pimentas ou temperos à base de pimenta);
- Frutas cítricas ou outros alimentos ácidos (abacaxi, acerola, laranja, limão, maracujá, mexerica, tamarindo, tomate, uva etc.);
- Alimentos em conservas;
- Frutas com casca, verduras cruas e outros alimentos ricos em fibras (cereais, grãos, pães etc.).

QUAIS ALIMENTOS AJUDAM A REDUZIR OS ODORES DAS FEZES?

Certos alimentos podem aumentar o odor das fezes pelo estoma. Se isso lhe é uma preocupação, você pode ingerir alimentos que reduzem o odor das fezes, por exemplo:

ALFACE COALHADA ESPINAFRE
HORTELÃ IOGURTE NATURAL MAÇÃ
PERA PÊSSEGO SALSA SALSÃO

QUAIS ALIMENTOS E BEBIDAS PRODUZEM FLATULÊNCIA (GASES)?

A quantidade de gases produzidos pelo sistema depende de cada pessoa. Às vezes, os gases podem ser causados por bebidas e pelos alimentos que você come. Se tiver problemas com gases, em ocasiões sociais evite ou reduza o consumo de alimentos produtores de gás.

ALIMENTOS QUE PRODUZEM FLATULÊNCIA (GASES)

ABACATE ACELGA AGRIÃO ALHO BATATA-DOCE
 BEBIDAS ALCOÓLICAS **BETERRABA BRÓCOLIS**
CEBOLA CERVEJA CHOCOLATES **CONDIMENTOS**
COUVE DOCES EM GERAL **ERVILHA FEIJÃO** JABUTICABA
LEITE DE VAÇA LENTILHA MELANCIA MELÃO MILHO
MOSTARDA NABO NOZES OVOS PÃO PEIXE PEQUI
PIMENTA-DO-REINO PIMENTÃO QUEIJOS MUITO TEMPERADOS
 RABANETE REFRIGERANTES **REPOLHO**

QUE DEVO FAZER SE TIVER DIARREIA?

As principais características da diarreia são o aumento do número de evacuações (acima de 6 evacuações por dia) e a perda de consistência das fezes, que se tornam aguadas.

Uma das piores complicações da diarreia é a desidratação. Boca seca, aumento da sede, fraqueza, diminuição da urina e urina escura são sintomas de desidratação. Quando se está com diarreia, as refeições devem ser leves, fáceis de digerir e em pequenas quantidades. Procure o seu médico, se você vomitar ou desenvolver dor abdominal ou febre.

Durante o tratamento para diarreia, é importante beber água, chá, sucos de fruta coados, água de coco e o soro caseiro. Alguns alimentos obstipantes (que prendem o intestino) podem ajudar a engrossar as fezes, tais como:

- Água de coco;
- Amido de milho, arroz, tapioca, fubá;
- Arroz bem cozido, batata, cará, cenoura, chuchu, inhame, mandioca;
- Bolacha de água e sal e pão;
- Carnes brancas;
- Clara de ovo;
- Leite fermentado;
- Queijo branco, ricota.
- Sucos ou frutas sem cascas: banana-maçã, caju, goiaba, limão, maçã, maracujá, pera.

QUE DEVO FAZER SE TIVER CONSTIPAÇÃO (PRISÃO DE VENTRE, INTESTINO PRESO)?

As causas da constipação são variadas, mas você pode ajudar a prevenir a constipação tomando de 6 a 8 copos de água por dia, fazendo atividades físicas e comendo alimentos laxantes (que soltam o intestino), como:

- Abóbora, aipo, aspargo, azeitona, cebola, ervilha, espinafre, feijão, grão-de-bico, jiló, lentilha, milho verde, palmito, pepino, pimenta, quiabo, rabanete, tomate, vagem;
- Vegetais folhosos: agrião, alface, almeirão, chicória, couve, repolho, salsa;
- Frutas: abacate, abacaxi, ameixa, banana-nanica, coco, figo, jabuticaba, jaca, laranja, mamão, manga, melancia, melão, nêspera, romã, tâmara, tamarindo, uva;

- Cereais integrais: farelo de trigo, aveia, soja, granola, amendoim, avelã, amêndoas, castanhas, nozes, centeio, cevada e outros cereais integrais ricos em fibras;
- Leite, iogurte, manteiga ou creme de leite integrais;
- Açúcar, mel;
- Doces em geral;
- Carne vermelha.

DICAS IMPORTANTES:

- Realize pelo menos seis refeições por dia em pequeno volume, sempre nos mesmos horários e nas mesmas quantidades para regularizar o funcionamento do intestino;
- A alimentação diária deve conter uma mistura de alimentos laxantes e obstipantes para controlar o funcionamento da colostomia. Os alimentos flatulentos devem ser consumidos com cautela e intercalados nas refeições;
- Tomar os sucos ácidos sempre diluídos (laranjada, limonada etc.), para minimizar a irritação da colostomia;
- Procure se alimentar em ambientes tranquilos, mastigando bem os alimentos e com a boca fechada, para evitar a formação de gases;
- Prefira alimentos que reduzem os odores das fezes;
- Evite frituras e modere a utilização de óleo nas preparações;
- Evite os temperos fortes (pimenta, vinagre); dê preferência a temperos como cheiro-verde, salsa, cebolinha, coentro, alho, cebola e ervas frescas e secas ou suco de frutas, como limão.

ILEOSTOMIA:

Se você tem uma ileostomia, o seu corpo vai precisar de mais líquido do que antes da cirurgia. Para evitar a desidratação, você deve beber quantidades diárias abundantes de água, sucos ou outros líquidos, aproximadamente 2 litros por dia, porém este volume deve ser fracionado em pequenas doses várias vezes ao dia.

Se você tiver problemas de coração ou de rins, consulte o seu médico antes de aumentar a ingestão de líquidos.

Se você está evacuando fezes aquosas (muito líquidas), consulte um(a) nutricionista.

CONHECENDO O EQUIPAMENTO COLETOR

O QUE É EQUIPAMENTO COLETOR?

São vários os nomes: bolsas coletoras, dispositivos coletores, sistema coletor ou equipamento coletor.

O equipamento coletor é composto de uma bolsa de plástico, que vai coletar as fezes ou a urina drenada, vindas de seu estoma. Junto da bolsa há uma placa adesiva chamada barreira de proteção da pele.

AS BOLSAS COLETORAS SÃO TODAS IGUAIS?

Não. Existem vários modelos de bolsas para cada diferente situação. A orientação de enfermeira especializada é necessária. Muitas vezes, você vai usar diferentes produtos de diferentes fabricantes para achar o modelo que irá coletar o efluente (fezes) de forma segura, discreta e confortável.

QUAL MODELO DE BOLSA VOU USAR?

A escolha da bolsa coletora é uma decisão muito importante, pois uma bolsa coletora que forneça segurança e conforto é o primeiro passo para retornar às suas atividades com prazer e confiança.

O melhor tipo de bolsa para você é aquele que se ajusta perfeitamente ao seu estoma e ao seu estilo de vida. Cada estoma, dependendo do tamanho, da altura e da forma, apresenta seus próprios desafios para o cuidador e o paciente. Esta seção proporciona uma visão geral dos diversos modelos de bolsas.

QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DA BOLSA COLETORA?

Fechada ou Drenável

A bolsa pode ser fechada na parte inferior (FIGURA 14) ou aberta (drenável) (FIGURA 15).



Fig. 14-Diversos modelos de bolsa fechada. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 15-Diversos modelos de bolsa drenável.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

COR DA BOLSA

As bolsas são feitas de material plástico flexível, macio, resistente e à prova de odor. Não são tóxicas nem alergênicas. A bolsa pode ser transparente, opaca ou translúcida (FIGURA 16).



Fig.16 - Bolsa transparente, opaca e translúcida.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

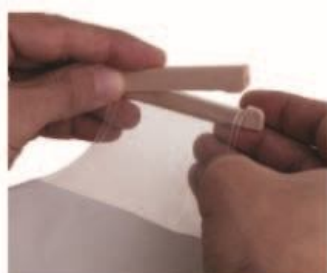


Fig.17 - Clamp de plástico reutilizável.
Fonte: www.hospitalexpress.com.br

Na bolsa drenável é necessário um sistema de fechamento, que pode ser: um clamp de plástico avulso e reutilizável (FIGURA 17); um fechamento com velcro integrado à bolsa (FIGURA 18); conectores plásticos (FIGURA 19); ou um clamp descartável, maleável, sendo mais indicado para crianças (FIGURA 20).



Fig.18 - Fechamento da bolsa com velcro. Fonte: www.coloplast.com.br



Fig. 19 - Clamp com conectores de plástico. Fonte: <http://www.rvbhospitalar.com.br/documentos/cat.hollister.pdf>



Fig. 20-Clamp descartável. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

FILTRO DE CARVÃO

Trata-se de um dispositivo que fica dentro do equipamento coletor e dotado de um pequeno orifício no plástico da bolsa com a função de filtrar o odor dos gases eliminados pelo estoma, evitando, assim, que a bolsa fique inflada como um balão, cheia de gases (FIGURA 21).



Fig. 21-Modelos de filtro de carvão integrado à bolsa. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 22-Modelos de bolsa de uma peça. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

MODELO DE UMA PEÇA

Trata-se de uma peça única, ou seja, a base adesiva protetora da pele e a bolsa coletora estão juntas. Este modelo oferece simplicidade e flexibilidade (FIGURA 22).

MODELO DE DUAS PEÇAS

Nas bolsas de duas peças, a base adesiva é uma peça à parte e pode ser adaptada a bolsas fechadas ou drenáveis (FIGURA 23). Há vários modelos de acoplagem da bolsa coletora à base adesiva: por meio de flange (FIGURA 24); por um sistema de encaixe de "tampas" (FIGURA 25); com encaixe fácil (FIGURA 26); fita autoadesiva (FIGURA 27). As bases adesivas podem ser planas (FIGURA 28), convexas (FIGURA 29) ou moldáveis (FIGURA 30) e de diferentes tamanhos e formatos: redondo, ovalado ou quadrado.



Fig. 23 - Modelo de bolsa de duas peças. Fonte: <http://www.vitaesaude.com.br>



Fig. 24 - Modelo de placa com encaixe tipo flange
Fonte: <http://www.rvbhospitar.com.br/documentos/cat.hollister.pdf>



Fig. 25 - Modelo de placa com encaixe tipo "tampa" Fonte: <http://www.rvbhospitar.com.br/documentos/cat.hollister>.



Fig.26 - Modelo de placa com encaixe fácil. Fonte: gapc-gapc.blogspot.com

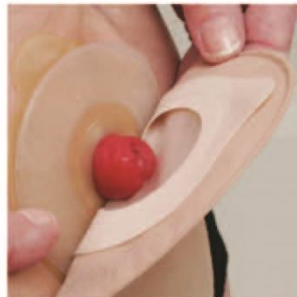


Fig.27 - Modelo de placa com encaixe autoadesiva. Fonte: realfm.com.br

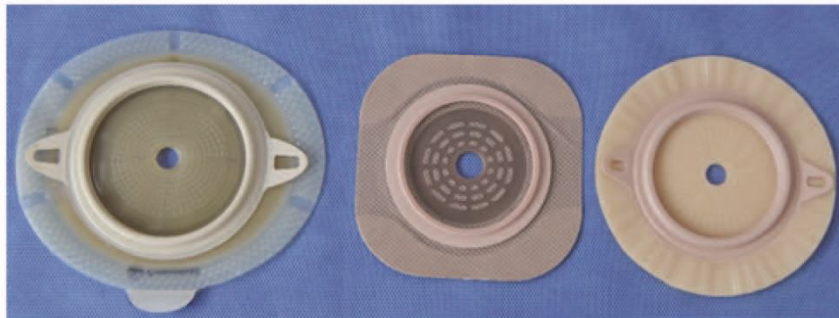


Fig.28 - Vários modelos de placa plana. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

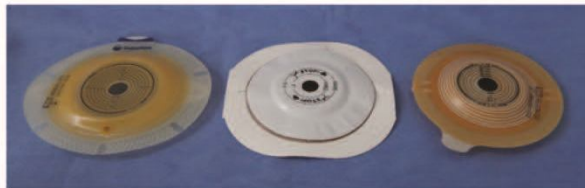


Fig.29- Vários modelo de placa convexa. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.



Fig.30 - Modelo de placa moldável. Fonte: <http://www.stomaatje.nl>

QUANDO DEVO USAR PLACA PLANA?

A placa plana deve ser usada se seu estoma tem protrusão (fica acima do nível da pele) (FIGURA 31).



Fig.31 - Estoma com protrusão. Fonte: <http://www.stomaatje.nl>

QUANDO DEVO USAR PLACA CONVEXA?

Quando o estoma não tem protrusão, fica no nível da pele ou abaixo da pele, tipo retraído (FIGURA 32).



Fig.32 - Estoma retraído. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2015.

MODELOS RECORTÁVEIS

Equipamento coletor recortável é quando há um pré-corte no centro da placa adesiva e, com o auxílio de uma tesoura, você pode aumentar o tamanho ou alterar o seu formato, permitindo a adaptação ao redor do estoma. Geralmente esse modelo apresenta marcação das circunferências em milímetros (mm) para possíveis recortes até o máximo indicado pela fabricante (FIGURA 33).

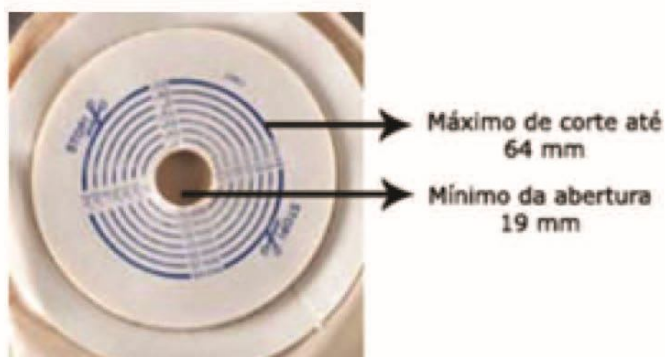


Fig.33 - Bolsa recortável. Fonte: www.primecirurgica.com.br

MODELOS PRÉ-CORTADOS

O equipamento coletor pré-cortado já vem com a circunferência da abertura interna da placa adesiva pronta, sem possibilidade de mudança de formato ou tamanho. É indicado para pessoas que têm dificuldade para recortar a placa adesiva (FIGURA 34).



Fig. 34-Modelo pré-cortado tamanho 32,38 e 45.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

Na FIGURA 35, você pode ver vários modelos de fabricantes diferentes, todos recortáveis, com e sem filtro de carvão, opacos e transparentes, drenáveis e com diferentes modelos de fechamento.



Fig. 35-Vários modelos de bolsa de uma peça, com e sem filtro, opaca e transparente. Fonte: linha guia SES-MG

OUTROS MODELOS

Os equipamentos coletores (bolsas e placas) têm tamanhos diferentes para atender às necessidades do usuário adulto, por exemplo em casos de prolapso volumoso (FIGURA 36), pediátrico (FIGURA 37) e recém-nascido (FIGURA 38).



Fig. 36-Bolsa para prolapso volumoso.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 37-Modelos de equipamento coletor infantil de uma peça.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 38-Equipamento coletor para recém-nascidos e prematuros. Fonte: linha guia SES-MG

QUAL É O MELHOR MODELO?

Todas as bolsas têm boa qualidade, mas o primeiro passo para cuidar do seu estoma é selecionar o sistema que fica mais adequado a suas necessidades e seu estilo de vida.

Uma variedade de produtos foi desenvolvida para ajudar cada pessoa a encontrar a peça que melhor se ajusta a seu estoma. Portanto, aconselhamento especializado e orientação de enfermeira capacitada são necessários.

QUANTAS VEZES TENHO QUE MUDAR A MINHA BOLSA?

A quantidade de trocas de equipamento de bolsas depende do tipo de estoma e das características da drenagem líquida, pastosa ou endurecida, da localização do estoma e da forma do corpo, se você faz ou não atividade física e da sua transpiração. Importante lembrar que sempre que sentir algum ardor na pele ao redor do estoma, troque o equipamento coletor e verifique se existe algum vazamento ao redor do estoma, prevenindo, dessa forma, maiores danos a sua pele.

As alterações de peso também podem afetar a durabilidade do equipamento coletor. Ganho ou perda de peso podem mudar os contornos abdominais. Você pode precisar de um sistema totalmente diferente.

Lembre-se: bolsa coletora bem indicada e bem adaptada, qualidade de vida garantida.

QUANDO É UM BOM MOMENTO PARA MUDAR MEU SISTEMA DE BOLSA?

Escolha um dia e uma hora que sejam melhores para você. Tente escolher um momento em que você não vai se interrompido e em que seu estoma não esteja muito ativo. O melhor momento é diferente para todos. Para a maioria das pessoas, o estoma é menos ativo (produtivo) pela manhã, antes do desjejum. Algumas pessoas fazem o seu cuidado enquanto tomam banho. Outras ainda optam por fazer o seu cuidado no final do dia ou pelo menos duas horas depois de uma refeição.

QUANTAS VEZES TENHO QUE ESVAZIAR A BOLSA COLETORA?

A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o volume atingir 1/3 de sua capacidade, pois o enchimento excessivo pode causar fugas do material drenado e dar início a uma irritação na pele.

CONHECENDO OUTROS MATERIAIS

O QUE É SOLUÇÃO LIBERADORA DE ADESIVO?

Solução composta de silicone, libera facilmente fitas e placa adesivas que estão aderidos a pele e ajuda a diminuir a dor causada pela remoção de adesivos (FIGURA 39). Produto não disponibilizado pela SES-MG.



Fig.39 - Solução liberadora de adesivo
Fonte: <http://www.fibracirurgica.com.br>

O QUE SÃO LENÇOS REMOVEDORES OU LIMPADORES?

São uma solução usada para remover os resíduos de cola, que podem ficar na pele ao redor do estoma após a retirada da barreira adesiva. São embalados individualmente em pequenos sachês de alumínio (FIGURA 40).



Fig.40 - Lenço removedor de resina. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.



Fig.41 - Lenço barreira protetora. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

O QUE É LENÇO BARREIRA PROTETORA?

É uma solução usada para formar uma película protetora na pele ao redor do estoma a fim de protegê-la do efluente do estoma (FIGURA 41).

O QUE É PASTA BARREIRA PROTETORA?

É uma resina sintética em pasta, embalada em tubo (FIGURA 42), usada para corrigir possíveis irregularidades no relevo da pele ao redor do seu estoma, ajudando na adaptação da placa adesiva do equipamento da bolsa coletora (FIGURA 43). A maioria das pastas são à base de álcool e pode gerar um ardor, se aplicada sobre a pele irritada, porém o ardor deve parar em alguns segundos. Já existe uma pasta sem álcool e que não provoca ardor (FIGURA 44); porém esse produto ainda não é disponibilizado pela SES-MG.



Fig.42 - Pasta barreira protetora, de vários fabricantes. Fonte: www.ostomizados.com



Fig.43- Pasta barreira protetora. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig.44 - Pasta barreira protetora sem álcool. Fonte: <http://www.medline.com>

O QUE É PÓ BARREIRA PROTETORA?

É uma resina sintética em pó (FIGURA 45), embalada em frascos, usada apenas quando há umidade na pele ao redor de seu estoma, para ajudar na aderência de placa adesiva. Deve-se limpar a pele, secá-la, aplicar o pó onde há umidade e retirar o excesso.



Fig.45 - Película protetora
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

O QUE É BARREIRA PROTETORA EM SPRAY?

É uma solução líquida utilizada para a formação de película protetora sobre a pele irritada geralmente ao redor de seu estoma (FIGURA 46). Atualmente, esse produto não é disponibilizado pela SES-MG.



Fig.46 - Película protetora
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

O QUE É BARREIRA DE PROTEÇÃO EM ANEL?

É uma barreira em formato plano ou convexo, redondo ou ovalado, usada ao redor do estoma em caso de irritação da pele e quando existe irregularidades no relevo do abdômen. O anel ajuda a adaptar o equipamento coletor de forma mais segura e confortável (FIG.47). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig.47 - Barreira em formato plano ou convexo, redondo ou ovalado. Fonte: www.estomoplast.com.br

O QUE É TIRA DE HIDROCOLÓIDE?

Tira de hidrocolóide são barreiras de proteção usadas para preenchimento de sulcos ao redor do estoma para criar uma superfície uniforme para a placa de base. Isso pode ajudar a evitar vazamentos. Rasgue o comprimento da tira que você precisa e molda na forma que necessitar. Ideal para nivelar cicatrizes, dobras cutâneas e rugas ao redor do estoma. Facilmente moldável (FIGURA 48). Produto não disponibilizado pela SES-MG.



Fig.48 - Tira de hidrocolóide
Fonte: <http://www.vitaesaude.com.br>

O QUE É PROTETOR DE COLOSTOMIA?

É um equipamento coletor com pequena parte interna absorvente e também protetor para o estoma, opaco e com filtro de carvão. É indicado preferencialmente para pessoas que fazem irrigação intestinal (FIGURA 49).

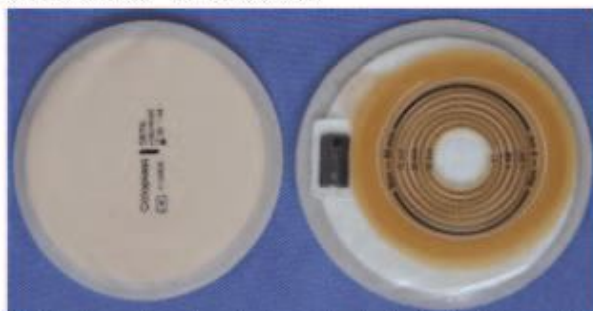


Fig. 49 - Protetor de colostomia. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

O QUE É RÉGUA DE MARCAÇÃO DO ESTOMA?

É uma régua de papel com vários tamanhos de diâmetro (FIGURA 50) para ajudar a fazer a abertura exata na placa adesiva, deixando sua pele sempre protegida. O uso da régua de marcação é muito importante.

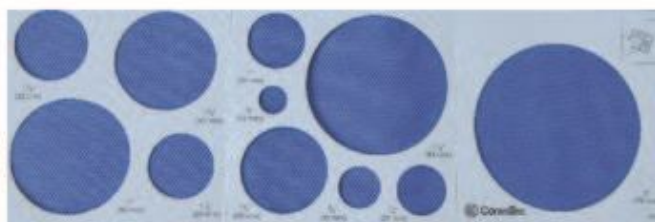


Fig. 50- Régua de marcação. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

Verifique se sua placa adesiva se encaixa confortavelmente em torno de seu estoma (FIGURA 51). Se o modelo for muito grande, vai deixar a pele exposta em torno da abertura, desta forma acumulando fezes e causando dor, coceira e ardência. Esta medida pode variar ao longo do tempo. Para saber qual é, utilize a régua de marcação que acompanha a embalagem do material, ou então faça a sua própria medida. Se necessário, peça ajuda a um familiar ou enfermeira.



Fig. 51-Diâmetro correto. Fonte: <http://www.salts.co.uk/ileostomy/ileostomy-lifestyle-advice/Caring-for-your-skin.aspx#ostomy245Mais>

O QUE É FILTRO DE CARVÃO ATIVADO AVULSO?

É um filtro de carvão autoadesivo descartável que pode ser aplicado no exterior da bolsa coletora. Serve para retirar os gases retidos nas bolsas coletoras, o que reduz o seu volume (FIGURA 52). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig. 52-Filtro de carvão avulso. Fonte: www.estomoplast.com.br

O QUE É CINTO ELÁSTICO?

É uma tira confeccionada em algodão e nylon, elástico, ajustável por presilha reguladora de comprimento, com encaixe para as hastes dos equipamentos coletores. Proporcionar maior segurança ao paciente, principalmente quando há dificuldade de adaptação da placa convexa ao abdome na região ao redor se seu estoma (FIGURA 53).



Fig. 53-Cinto elástico. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

O QUE SÃO PRODUTOS ABSORVENTES?

Produtos absorventes transformam em gel as fezes líquidas e a urina existentes no interior da bolsa. Também ajudam a controlar os odores e dificultam possíveis vazamentos. Apresentam-se em cápsulas absorventes (FIGURA 54) e grânulos (FIGURA 55). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig. 54 - Cápsulas absorventes
Fonte: <http://www.fibracirurgica.com.br>



Fig. 55 - Grânulos absorventes. Fonte: <http://casex.com.br>

O QUE É OCLUSOR DE COLOSTOMIA?

É um equipamento tipo tampão, formado por uma haste macia de espuma e flexível, que é introduzida no estoma. Na bolsa tem um filtro de carvão ativado para eliminar os gases. Em contato com a umidade do intestino, a espuma se expande, ocluindo o estoma. É indicado preferencialmente para pessoas que fazem irrigação intestinal (FIGURA 56).

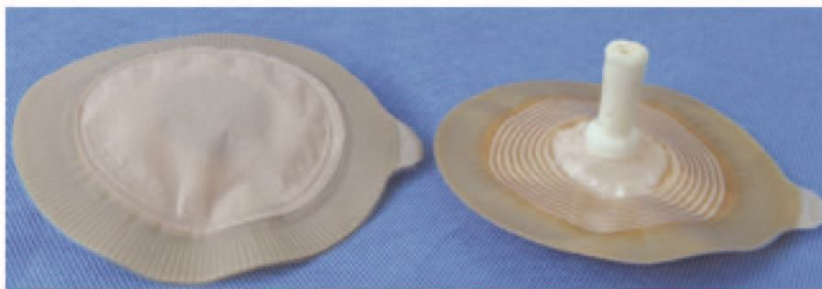


Fig. 56 - Oclisor de colostomia. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

O QUE É SOLUÇÃO LUBRIFICANTE E NEUTRALIZADORA DE ODOR PARA BOLSAS COLETORAS ?

É uma solução lubrificante e desodorizante que facilita o esvaziamento da bolsa coletora e reduz o odor das fezes (FIGURA 57). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig. 57 - Solução lubrificante e neutralizadora de odor para bolsas coletoras. Fonte: www.mediteq.com.br e <http://casex.com.br>

O QUE É SOLUÇÃO LIMPADORA DE PELE?

Esse produto se destina a ajudar na limpeza da pele em volta do estoma e na remoção do excesso de cola que, geralmente, se deposita na região onde a bolsa é fixada à pele. Seu uso é indicado na higienização da área ao redor de seu estoma (FIG.58). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig.58- Solução limpadora de pele. Fonte: <http://www.cirurgicazona-sul.com.br>

CONVERSANDO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DO ESTOMA

Qualquer procedimento cirúrgico tem seus riscos e, portanto, a cirurgia da construção de um estoma não está livre de complicações. Citaremos algumas das principais e mais frequentes complicações.

QUAIS AS COMPLICAÇÕES NO LOCAL DO ESTOMA?

As complicações precoces são aquelas que ocorrem nos primeiros dias após a cirurgia, sendo as mais frequentes: edema, necrose e dermatite.

As complicações tardias podem ocorrer depois da alta, após vários dias, meses ou anos, sendo as mais frequentes: dermatite, hérnia paraestomal, prolapso e granulomas.

O QUE EDEMA?

É o inchaço da alça intestinal (FIGURA 59), é considerado uma das complicações mais comuns logo após a cirurgia, causado pelo manuseio da alça durante o ato cirúrgico. Portanto este inchaço tende a reduzir de tamanho no período de 6 a 8 semanas após a cirurgia, definindo o diâmetro finalmente. Importante neste período fazer a marcação do estoma a cada troca do equipamento coletor para evitar drenagem de fezes ao redor da pele.



Fig.59 - Edema de estoma. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2014.



Fig.60 - Isquemia de estoma.
Fonte: www.ucsfcmc.com

O QUE É NECROSE?

Necrose, ou isquemia, é a morte do tecido e ocorre quando o fluxo de sangue no estoma é interrompido ou prejudicado. Com necrose, o estoma pode ficar vermelho escuro, arroxeadado, azulado, cinza, marrom ou preto. A necrose pode acontecer nos primeiros dias logo após a cirurgia e necessita de avaliação médica (FIGURA 60).

O QUE É DERMATITE IRRITATIVA PERIESTOMA?

A dermatite irritativa periestoma (ao redor do estoma) é a mais frequente complicação, caracterizada pela perda de integridade da pele periestoma, causada pelo fluido intestinal em contato com a pele (FIGURA 61).

Geralmente surgem sinais como: vermelhidão, irritação, prurido (coceira), ardências e ulcerações (feridas), acompanhado de dor e desconforto. Ocorre com maior frequência na ileostomia, pois os fluidos são mais alcalinos e ricos em enzimas, provocando irritações.



Fig.61 - Dermatite periestoma. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2014.

As dermatites irritativas ocorrem pela inadequação dos equipamentos utilizados e principalmente nos estomas situados no plano da pele (raso) ou retraído (abaixo do nível da pele) sem a adequada protrusão da alça intestinal na parede abdominal. Há outros tipos de dermatite, como aquelas causadas por trauma mecânico, infecção ou alergia.

QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO TER COM A PELE PERIESTOMAL?

A prevenção da dermatite depende de uma boa higienização da pele com água e sabonete líquido neutro, adequado recorte da placa adesiva e perfeita colocação do equipamento coletor. O tratamento é à base de pó e pasta barreira de proteção. O banho de sol no dia da troca do equipamento é muito importante: retire a bolsa, faça a higienização, proteja o seu estoma com uma gaze úmida e deixe a pele ao redor ficar exposta ao sol direto da manhã (até as 10 h) ou da tarde (após as 16 h) por 10 a 20 minutos. Caso não seja possível tomar o banho de sol deixe a pele “respirar” por um período de 15 a 20 minutos antes de colocar o equipamento coletor. Caso a pele continue irritada, com dor e ardência, agende uma consulta com a enfermeira (o) do serviço ambulatorial de estoma, eles podem ajudar.

O QUE É HÉRNIA PARAESTOMAL?

O termo hérnia paraestomal é usado para descrever a presença de uma protuberância (abaulamento, saliência, caroço, nódulo ou inchaço) em toda a volta ou em alguma parte ao redor do estoma, devido a flacidez muscular e alterações nos tecidos internos da parede abdominal (FIGURA 62).



Fig.62 - Hérnia paraestomal. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho 2015.

A hérnia ocorre de forma gradual (lenta, progressiva, gradativa), e o seu tamanho e formato podem aumentar com o tempo. A hérnia paraestomal nem sempre provoca dor.

O QUE DEVO FAZER PARA PREVENIR E CUIDAR DA HÉRNIA?

Mantenha-se dentro de seu peso ideal e a cintura com menos de 100 cm de circunferência, evite levantar mais que 2 quilos nas primeiras 6 a 8 semanas após a cirurgia, não fume, use cintos de apoio abdominais ao realizar trabalho pesado nos primeiros três meses após a operação e durante, pelo menos, um ano (FIGURA 63 e 64). Apoiar o abdômem com um travesseiro ou com as mãos quando tossir ou espirrar durante o período pós-cirurgia. Evite trabalho pesado e realize tarefas de forma gradual, de acordo com sua capacidade, nos três primeiros meses após a cirurgia. Também recomendamos realizar exercícios abdominais leves (FIGURA 65).



Fig. 63-Cinta modeladora unissex para colostomia. Fonte: <http://www.atitudecosmeticos.com.br>



Fig. 64-Cinta abdominal com local marcado e após ser cortada com exteriorização da bolsa. Fonte: exclusivasiglesias.com

INCLINAÇÃO PÉLVICA

1. Deite-se de costas em uma superfície firme com os joelhos dobrados e pés apoiados.
2. Murche sua barriga, levante levemente seu quadril enquanto pressiona o centro de suas costas na cama e segure por 2 segundos.
3. Volte ao normal devagar.
4. Repita dez vezes ao dia.

Rotação de joelhos

1. Deite de costas sobre uma superfície firme com os joelhos dobrados e os pés apoiados na cama.
2. Murche a barriga e, mantendo seus joelhos juntos gire o quadril, levando os joelhos de um lado para o outro.
3. Repita 10 vezes.

Abdominal

1. Deite de costas sobre uma superfície firme com os joelhos dobrados e os pés apoiados na cama.
2. Coloque as mãos na frente de suas coxas e murche a barriga.
3. Levante sua cabeça do travesseiro.
4. Segure por 3 segundos e, lentamente, retorne para a posição de repouso.
5. Repita dez vezes por dia.

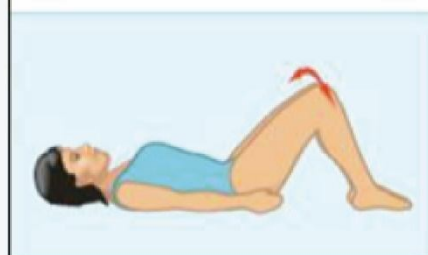


Fig. 65-Exercícios abdominais após a cirurgia de formação de estoma. Fonte: THOMPSON; TRAINOR apud THOMPSON, 2008

O QUE É PROLAPSO DO ESTOMA?

O prolapso é uma complicação caracterizada pela saída parcial ou total da alça intestinal pelo próprio estoma, cujo comprimento é acima de 5 cm, mas pode variar conforme o paciente (FIGURA 66).



Fig. 66-Prolapso de estoma. Fonte: www.ostomizadoeclia.com

O estoma com prolapso exige equipamento com bolsa coletora especial para acomodar a alça intestinal e o efluente (fezes) (FIGURA 36). Pode ser indicado o uso de cinta abdominal com orifício para a exteriorização do estoma (FIGURA 63 e 64).

O QUE É GRANULOMA?

São pequenas elevações de forma geralmente arredondada, localizadas ao redor ou sobre o estoma, sangram durante a higienização e causam coceira, ardência e desconforto em contato com a drenagem de fezes (FIGURA 67). Caso você tenha esses sinais e sintomas, marque uma consulta com a enfermeira do serviço de atenção à pessoa estomizada para realizar tratamento.

■ GRANULOMAS



Fig. 67-Granuloma. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2015

Outras complicações podem surgir no estoma ou ao seu redor. Assim, caso perceba alguma alteração, você deve marcar uma consulta com a enfermeira do serviço de atenção à pessoa estomizada.

TROCA DE BOLSA DE UMA PEÇA

PASSO A PASSO

Separar todo o material que você vai usar (bolsa coletora, caneta, tesoura, barreira protetora em pó e pasta, água, sabonete líquido neutro, gaze não estéril ou pano macio, clamp, régua de medição, saco de lixo e outros).

FINALIDADE

Facilitar a troca da bolsa.



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Esvaziar a bolsa, se houver fezes.

Evitar derramar o material drenado.



Remover a bolsa coletora, descolando primeiro toda a parte externa (de fora) da placa adesiva, pressionando a pele e levantando suavemente o adesivo. Por último, remover a parte interna (de dentro) restante da placa adesiva.

Remover delicadamente a placa adesiva para evitar trauma na pele. Pode usar produtos removedores próprios.



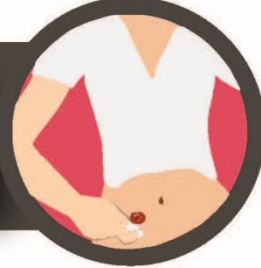
Jogar o equipamento coletor no saco de lixo.

Manter boa higiene.



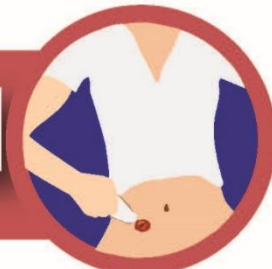
Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete líquido neutro, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele, de forma delicada e suave. Se necessário, usar produto removedor de resina.

Manter a pele limpa antes de colocar outro equipamento coletor.



Enxugar o estoma e a pele ao seu redor com água, removendo todo o sabonete e resíduos.

Manter pele limpa.



Secar a pele ao redor do estoma com suaves toques antes de colocar outro equipamento coletor.

Evitar trauma na pele.



Aparar os pelos na pele próxima ao estoma utilizando tesoura, se necessário.

Evite usar lâmina de barbear, para não irritar a pele.



Medir o diâmetro do estoma, usando a régua de marcação. Encontrar o melhor diâmetro, desde que envolva todo o estoma, em torno de 1mm a mais.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



No caso de placas recortáveis utilizar as linhas-guia como parâmetro e recortar no tamanho adequado.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



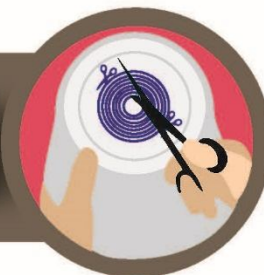
Se o estoma não é redondo, faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno. Colocar o molde sobre o papel da placa adesiva e recortar conforme o tamanho feito.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



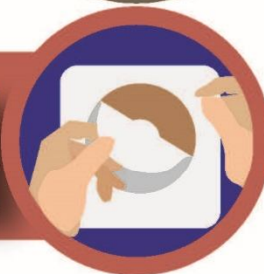
Usar uma tesoura curva para cortar a abertura necessária na placa adesiva, cuidado para não cortar a bolsa.

Fazer um recorte adequado.



Retirar o papel ou plástico que protege a placa adesiva.

Evite colocar a mão na parte adesiva para não prejudicar a aderência.



Aplicar pó barreira de proteção caso tenha irritação úmida na pele ao redor do estoma.

Auxiliar no tratamento da dermatite.



Aplicar barreira em pasta na placa adesiva caso tenha alguma irregularidade na pele ao redor do estoma.

Auxiliar no ajuste da placa adesiva, evitando vazamentos.



Ajustar a abertura da placa com o estoma e colocar delicadamente a placa adesiva sobre a pele. Deixar a abertura da bolsa para baixo, sentido dos pés, em pessoas que estão andando e para os acamados deixar a abertura na lateral.

Auxiliar na aderência da placa adesiva.



Fazer uma leve pressão em movimentos circulatorios em torno da placa durante 30 a 60 segundos.

Para garantir uma boa aderência.
Lorem ipsum



Fechar a bolsa na extremidade, em caso de bolsa drenável.

Manter seguro seu sistema de bolsa drenável.



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Guardar o material usado.

Manter em ordem o material usado e o local.



Lembrete: uso de álcool, benzina, tintura de benjoin e colônias prejudicam sua pele, não são recomendados.

Lembrete: buchas vegetais e sintéticas são materiais agressivos a pele, portanto são contra-indicados.

Lembrete: não é recomendado usar qualquer creme ou produto na pele sem indicação do médico ou da enfermeira (o).

TROCA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS

PASSO A PASSO

Separar todo o material que você vai usar (bolsa coletora, caneta, tesoura, barreira protetora em pó e pasta, água, sabonete líquido neutro, gaze não estéril ou pano macio, clamp, régua de medição, saco de lixo e outros).

FINALIDADE

Facilitar a troca da bolsa.



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Esvaziar a bolsa, se houver fezes.

Evitar de derramar o material drenado.



Remover o sistema de duas peças, descolando primeiro toda a parte externa (de fora) da placa adesiva, pressionando a pele e levantando suavemente o adesivo. Por último, remover a parte interna (de dentro) restante da placa adesiva.

Remover delicadamente a placa adesiva para evitar trauma na pele. Pode usar produtos removedores próprios.



Jogar o equipamento coletor no saco de lixo.

Manter boa higiene.



Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete líquido neutro, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele, de forma delicada e suave. Se necessário, usar produto removedor de resina.

Manter a pele limpa antes de colocar outro equipamento coletor.



Enxugar o estoma e a pele ao seu redor com água, removendo todo o sabonete e resíduos.

Manter pele limpa.



Secar a pele ao redor do estoma com suaves toques antes de colocar outro equipamento coletor.

Evitar trauma na pele.



Aparar os pelos na pele próxima ao estoma utilizando tesoura, se necessário.

Evite usar lâmina de barbear, para não irritar a pele.



Medir o diâmetro do estoma, usando a régua de medição. Encontrar o melhor diâmetro, desde que envolva todo o estoma, em torno de 1mm a mais.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



No caso de placas recortáveis utilizar as linhas-guia como parâmetro e recortar no tamanho adequado.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



Se o estoma não é redondo, faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno. Colocar o molde sobre o papel da placa adesiva e recortar conforme o tamanho feito.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



Usar uma tesoura curva para cortar a abertura necessária na placa adesiva.

Fazer um recorte adequado.



Retirar o papel ou plástico protetor da placa adesiva.

Evite colocar a mão na parte adesiva para não prejudicar a aderência.



Aplicar barreira protetora em pó no local da irritação, onde a pele está úmida.

Auxiliar no tratamento da dermatite.



Aplicar barreira em pasta na placa adesiva caso tenha alguma irregularidade na pele ao redor do estoma.

Auxiliar no ajuste da placa adesiva, evitando vazamentos.



Ajustar a abertura da placa com o estoma e colocar delicadamente a placa adesiva sobre a pele, pressionando-a firmemente contra a pele e fazendo movimentos circulares em torno da placa durante 30 a 60 segundos para garantir uma boa aderência.

Auxiliar na aderência da placa.



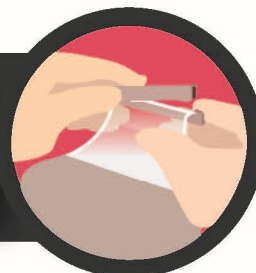
Ajustar a bolsa coletora à placa, observando os diferentes tipos de encaixe de cada fabricante.

Adaptar a bolsa na placa.



Fechar a bolsa na extremidade, em caso de bolsa drenável. Caso você use cinto elástico, coloque-o após todos estes passos.

Manter seguro seu sistema de bolsa drenável.



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Guardar o material usado.

Manter em ordem o material usado e o local.



COMO GUARDAR O MATERIAL

COMO DEVO GUARDAR O EQUIPAMENTO COLETOR E OS ACESSÓRIOS?

- Armazene seus equipamentos coletores e os acessórios em local seco e longe da luz solar direta;
- Mantenha as bolsas dentro da caixa do fabricante e verifique a data de vencimento regularmente;
- Faça um kit de viagem para quando você estiver fora de casa – lembre-se de não o deixar em um veículo quente e utilize caixa térmica;
- A pasta barreira de proteção deve ser bem fechada após o uso, pois ela pode ressecar.

O QUE É IRRIGAÇÃO

O QUE É SISTEMA DE IRRIGAÇÃO INTESTINAL?

A irrigação é uma lavagem do intestino através do estoma com água à temperatura corporal (FIGURA 68). A limpeza do intestino grosso possibilita um controle do padrão de eliminações.

O kit de irrigação é composto dos seguintes itens: bolsa irrigadora, cone anatômico, manga drenadora e cinto elástico (FIGURA 69). A irrigação tem indicações e contra-indicações. Você deve ter autorização de seu médico e a enfermeira (o) do serviço de estoma deve ensinar-lhe a maneira correta de realizar a irrigação intestinal.



Fig. 68 - Irrigação intestinal. Fonte: Helios, Editado por La revista Coloplast, Dinamarca, 1996.



Fig. 69 - Kit de Irrigação intestinal. Fonte: <http://www.medicirrigatoria.com.br>

PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), ressalta que o desenvolvimento de várias formas comuns de câncer é resultado da interação entre fatores internos do próprio organismo e fatores ambientais.

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de se prevenir o aparecimento dos tumores é detectar e remover os pólipos antes de eles se tornarem malignos.

PREVENÇÃO

Uma dieta rica em fibras, composta de alimentos como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, grãos e sementes, além da prática de atividade física regular, previne o câncer colorretal.

Deve-se evitar o consumo de bebidas alcoólicas, carnes processadas e quantidades acima de 300 gramas de carne vermelha cozida por semana.

Alguns fatores aumentam o risco de desenvolvimento da doença, como idade acima de 50 anos, história familiar de câncer colorretal, história pessoal da doença (já ter tido câncer de ovário, útero ou mama), além de obesidade e inatividade física.

SINTOMAS

Pessoas com mais de 50 anos com anemia de origem indeterminada e que apresentam suspeita de perda crônica de sangue no exame de sangue devem fazer endoscopia gastrointestinal superior e inferior.

Mudança no hábito intestinal (diarreia ou prisão de ventre), desconforto abdominal com gases ou cólicas, sangramento nas fezes, sangramento anal e sensação de que o intestino não se esvaziou após a evacuação são sinais de alerta.

Também podem ocorrer perda de peso sem razão aparente, cansaço, fezes pastosas de cor escura, náuseas, vômitos e sensação dolorida na região anal, com esforço ineficaz para evacuar. Diante desses sintomas, procure orientação médica.

DETECÇÃO PRECOCE

Esses tumores podem ser detectados precocemente por meio de dois exames: pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico requer biópsia (exame de fragmento de tecido retirado da lesão suspeita). A retirada do fragmento é feita por meio de aparelho introduzido pelo reto (endoscópio).

TRATAMENTO

A cirurgia é o tratamento inicial, retirando-se a parte do intestino afetada e os nódulos linfáticos (pequenas estruturas que fazem parte do sistema imunológico) próximos à região. Em seguida, a radioterapia, associada ou não à quimioterapia, é utilizada para diminuir a possibilidade de volta do tumor. O tratamento depende principalmente do tamanho, da localização e da extensão do tumor.

GLOSSÁRIO

ANASTOMOSE: a formação cirúrgica de uma passagem entre dois espaços ou órgãos normalmente distintos. Um "gancho" no intestino, uretra, artéria, veia etc., criado depois que uma parte é removida.

ÂNUS: a parte final do reto.

BARREIRA DE PELE: qualquer uma das várias substâncias usadas para cobrir a pele ao redor do estoma. Pode ser uma placa flexível, pasta etc.

BENIGNO: não canceroso, não maligno.

BOLSA: dispositivo de coleta para os dejetos eliminados do corpo através do estoma.

CARCINOMA: câncer, crescimento maligno.

CISTECTOMIA: remoção da bexiga. Se a bexiga for removida, algum tipo de desvio urinário será necessário.

CISTOSCOPIA: um exame do interior da bexiga.

COLITE ULCERATIVA: uma forma de doença inflamatória do intestino em que se formam úlceras no revestimento intestinal do cólon e do reto. Grave, muitas vezes provocando sangramento, a diarreia é o primeiro sintoma dessa doença, que ocorre com mais frequência em adultos jovens.

COLITE: inflamação do intestino grosso. Um tipo particularmente grave é a colite ulcerativa, que pode exigir uma ileostomia.

CÓLON: parte do intestino que armazena a comida digerida e absorve a água. Sinônimo: intestino grosso.

COLOSTOMIA: abertura cirúrgica do cólon (intestino grosso) trazido à superfície abdominal. C. permanente (colostomia final): perda de parte do cólon e, geralmente, do reto. C. temporária: permite que a parte inferior do cólon e/ou o reto curem-se ou descansem. C. sigmoide: abertura na porção mais baixa ou final do cólon. C. transversa: abertura no cólon transversal (parte superior do abdome, região média ou direita).

CONDUTO COLÔNICO: um tipo de desvio urinário. Um curto segmento do cólon é cortado, mantendo-se intactos o suprimento de sangue e a inervação. A porção é fechada em uma extremidade, os ureteres são conectados a ela e o final aberto é conduzido através da parede abdominal para formar o estoma. Essa porção torna-se o conduto ou passagem da urina para fora do corpo. As extremidades remanescentes do intestino são reconectadas e reassumem a função de expelir as fezes.

CONDUTO ILEAL (ALÇA DE BRICKER, ALÇA ILEAL): operação de desvio urinário que permite à urina passar dos rins e ureteres para fora do corpo através de um pequeno conduto feito com o intestino delgado. É semelhante ao conduto colônico, mas o íleo é usado nesse caso, não o cólon. O estoma geralmente fica na região direita inferior do abdome.

CONE: parte de um conjunto de irrigação para colostomia sigmoide. Peça plástica em formato de cone no fim de um tubo, ajusta-se confortavelmente ao estoma para conduzir um líquido para dentro da colostomia.
Congênito: que está presente ou existe no momento do nascimento.

CONGÊNITO: que está presente ou existe no momento do nascimento.

CRISTAIS URINÁRIOS: cristais pontiagudos e arenosos que podem formar-se num estoma de desvio urinário ou na pele periestomal sem proteção. Dissolvem-se ao ser lavados com uma solução de vinagre branco e água.

DESVIO URINÁRIO: qualquer um dos vários procedimentos cirúrgicos realizados para desviar a urina de rins, ureteres, bexiga ou uretra doentes ou com mau funcionamento. Em muitos desvios, um novo caminho para a urina é formado através da parede abdominal para o exterior do corpo, o que envolve a construção de um estoma ou a sutura de um tubo no local para a drenagem da urina. Se um estoma for feito, geralmente uma bolsa será utilizada.

DIVERTICULITE: inflamação dos divertículos (pequenas bolsas no cólon). Pode provocar abscessos, cicatrização com estrangulamento ou perfuração do cólon com peritonite em casos severos.

DIVERTICULOSE: presença de divertículos (pequenas bolsas no cólon).

DOENÇA DE CROHN: Doença inflamatória do intestino que penetra profundamente na mucosa em qualquer parte do intestino grosso ou delgado. Em determinados casos, uma ileostomia se torna necessária. Entretanto, a doença de Crohn pode voltar a se manifestar depois da cirurgia. Sinônimos: ileíte, ente-rite regional ou doença granulomatosa do intestino.

DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO (DII): termo geral para a colite ulcerativa e a doença de Crohn.

ELETROLITOS: sais e minerais necessários para a saúde do corpo.

ENZIMA: substância formada em células de plantas e animais que inicia ou acelera reações químicas específicas.

ESTENOSE: estreitamento do estoma que pode causar obstrução.

ESTOMATERAPEUTA, ENFERMEIRO(A): também conhecida como enfermeiro(a) de estomia. É uma pessoa que cuida e ensina aos pacientes estomizados. Um curso com treinamento especial para os profissionais registrados é necessário para a certificação.

ESTOMIA: abertura cirurgicamente criada na parede abdominal para a eliminação do dejetos corporal. Refere-se às colostomias, ileostomias e urostomias. É também usada para se referir ao estoma. Sinônimos: ostomia, estoma.

ESTOMIZADO: a pessoa que tem uma colostomia, ileostomia ou urostomia; ostomizado.

EXTROFIA DA BEXIGA: defeito congênito em que a bexiga aparece exposta fora do corpo. Pode exigir uma cirurgia para desvio urinário.

FÍSTULA: uma passagem anormal entre dois órgãos internos ou de um órgão interno para a superfície do corpo.

FLANGE: componente plástico moldado de um sistema de bolsas de duas peças, reutilizável, que se conecta à bolsa de estomia e se adere à pele em volta do estoma.

GASTROENTERITE: uma inflamação do estômago e dos intestinos.

HÉRNIA: uma protrusão (inchaço) de um órgão ou tecido através de uma estrutura que comumente o contém.

HÉRNIA ABDOMINAL: a protrusão de um órgão interno através da musculatura abdominal; pode ocorrer ao redor de estomas.

ÍLEO: a parte mais baixa ou final do intestino delgado.

ILEOSTOMIA: uma abertura do íleo em que o final do intestino delgado (íleo) é cirurgicamente trazido para fora através de uma abertura no abdome. O conteúdo intestinal é expelido do corpo por meio dessa abertura.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: inabilidade da bexiga para reter a urina, provocando gotejamento ou umedecimento incontroláveis.

INCRUSTAÇÃO: área cinzenta e elevada que às vezes surge na pele ao redor de um estoma urinário. É provocada pelo contato da urina alcalina com a pele. Faz-se a prevenção por meio de uma barreira de pele bem ajustada que cubra toda a região em volta do estoma.

MOVIMENTO PERISTÁLTICO: conferir peristaltismo.

NEFROSTOMIA: abertura cirúrgica do rim. Nesse desvio urinário, um cateter (tubo de nefrostomia) é suturado no local para drenar a urina.

OBSTRUÇÃO: bloqueio da ileostomia indicado por parada parcial ou completa do fluxo ileal.

PELE PERIESTOMAL: a pele que se encontra imediatamente ao redor do estoma ou que o toca.

PERISTALTISMO: movimento de compressão nos ureteres e no segmento ileal que empurram para baixo o dejetos; movimento peristáltico.

PÓLIPO: pequena projeção dentro do intestino, muitas vezes com o formato de um cogumelo, podendo também ser achatada. Geralmente é benigno, mas também pode ser maligno.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: (PÓLIPOS MÚLTIPLOS) - doença rara que se manifesta em famílias onde o cólon e o reto contêm muitos pólipos. Requer supervisão médica regular de todos os membros da família por causa de sérias complicações e de uma forte tendência a desenvolver-se como câncer.

PROLAPSO: uma queda para fora da parede abdominal em que o estoma fica mais comprido.

PRÓTESE: um substituto artificial para uma parte perdida do corpo, tal como um braço ou perna, olho ou dente, usado por razões cosméticas e/ou funcionais.

REFLUXO: quando o fluxo retorna por onde veio. Isso significa que a urina, num desvio urinário, retorna da bexiga para os rins.

RESSECÇÃO: remoção cirúrgica ou excisão.

RETO: a parte mais baixa do intestino grosso.

RETRAÇÃO: o estoma afunda para dentro do corpo.

REVISÃO: construção de um novo estoma, quando o original não funciona bem.

SISTEMA DE DRENAGEM NOTURNA: recipiente grande com um tubo que pode ser conectado à válvula no fundo de uma bolsa de urostomia enquanto o estomizado dorme ou está descansando na cama. Esses sistemas (disponíveis no comércio ou feitos em casa) fornecem uma capacidade de armazenamento adicional, impedem que as bolsas fiquem muito cheias e afastem-se da pele, além de manter o fluxo da urina longe da pele. É essencial que o tubo permaneça sempre acima do nível da urina no recipiente, de forma que a drenagem da urina não seja interrompida.

TRATO URINÁRIO: o sistema do corpo composto por rins, ureteres, bexiga e uretra. A urina é excretada nos rins, desce pelos ureteres, acumula-se na bexiga e passa para fora do corpo por meio da uretra.

UROSTOMIA CONTINENTE: variação cirúrgica do desvio urinário pelo conduto ileal. O cirurgião constrói um reservatório interno e uma válvula ou estoma com um segmento do íleo. Na urostomia continente, o segmento é separado do restante do intestino; as extremidades remanescentes são reconectadas e reassumem a função de expelir as fezes. Uma válvula adicional é construída onde os ureteres se ligam ao reservatório. Isso impede o refluxo da urina aos rins. A urina é drenada para o reservatório algumas vezes por dia com um cateter introduzido por meio da válvula ou estoma.

VESICOSTOMIA: desvio urinário em que a bexiga abre-se diretamente para um estoma, localizado a meio caminho entre o umbigo e o osso púbico. Algumas vesicostomias são continentes, drenadas a intervalos regulares com um cateter. A vesicostomia convencional necessita de uma bolsa. Geralmente é temporária.

VISITADOR ESTOMIZADO: pessoa que passou por uma cirurgia de estomia e foi especialmente treinada para visitar outras pessoas antes ou pouco depois de uma cirurgia de estomia. O visitador oferece apoio e informação, não aconselhamento médico.

(Adaptado do Guia do Estomizado da Federação Gaúcha de Estomizados- http://www.fegest.org/html/fegest_gui_glossario.html)

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DOS OSTOMIZADOS

Esta Declaração dos Direitos dos Ostomizados apresenta as necessidades especiais desse grupo específico e os cuidados que eles requerem. Eles precisam receber as informações e cuidados que os capacitem a viver uma vida autônoma e independente e participar de todos os processos decisórios.

É o objetivo declarado da Associação Internacional de Ostomizados que essa Declaração de Direitos seja reconhecida em todo mundo.

O OSTOMIZADO DEVE:

1. Receber aconselhamento pré-operatório para assegurar que ele tenha pleno conhecimento dos benefícios da cirurgia e dos fatos essenciais sobre viver com um ostoma.
2. Ter um ostoma bem feito e bem localizado, com consideração integral e adequada ao conforto do paciente.
3. Receber apoio médico e profissional experiente e cuidados de enfermagem especializada em ostomas nos períodos pré e pós-operatório, tanto no hospital como na sua comunidade.
4. Receber apoio e informação para o benefício da família, cuidadores e amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações que são necessárias para se alcançar um padrão de vida satisfatório com um ostoma.
5. Receber informações completas e imparciais sobre todos os fornecimentos e produtos relevantes disponíveis em seu país.
6. Ter acesso irrestrito à variedade de produtos acessíveis para ostomia.
7. Receber informações sobre sua Associação Nacional de Ostomizados e os serviços e apoio que podem ser oferecidos.
8. Estar protegido de toda e qualquer forma de discriminação.
9. Estar seguro de que toda informação pessoal relacionada à sua cirurgia de ostomia será tratada com discrição e confidencialidade para manter sua privacidade; e que nenhuma informação sobre sua condição clínica será divulgada por qualquer pessoa que a possua, para entidades envolvidas com a fabricação, comércio ou distribuição de materiais relacionados à ostomia; nem poderá ser divulgada para qualquer pessoa que se beneficiará, direta ou indiretamente, por causa de sua relação com o mercado de produtos de ostomia, sem o consentimento expresso do ostomizado.

**Emitido pelo Comitê de Coordenação da International Ostomy Association (IOA) em junho de 1993.
Revisado em junho de 1997.
Revisado pelo Conselho Mundial em 2004 e 2007.**

REFERÊNCIA

- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer: Expectativa 2012: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2013, 98p. Disponível em: <[http:// www.inca.gov.br/expectativa](http://www.inca.gov.br/expectativa)> Acesso em: 10 nov. 2016.
- Borges, E.L.; Ribeiro, M.S.; Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de Saúde de Minas Gerais; Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte: SES-MG, 2015. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/ostomizados/24-06-Linha-de-Cuidados-da-Pessoa-Estomizada.pdf
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario - Ostomy care and Management: Clinical Best Practice Guidelines. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.
- Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice for Clinicians, Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010.
- Associação Brasileira de Ostomizados - www.abraso.org.br
- Portal Ostomizados - www.ostomizados.com/
- Federação Gaúcha de Estomizados - www.fegest.org/
- ConvaTec - www.brazil.convatec.com.br
- Hollister - Controlando a sua Ostomia - www.hollister.com/brazil/files/pdfs/osted_mancolil_Portuguese.pdf
- Hollister- Como controlar a sua urostomia - www.hollister.com/brazil/files/pdfs/osted_manur_Portuguese.pdf
- Hollister- Estomia: o que é melhor para mim? - www.hollister.com/brazil/files/pdfs/Estomia-O-que-Melhor-Para-Mim.pdf
- Coloplast - www.coloplast.com.br

CONTATO

Local de atendimento: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Campus Umuarama - Ambulatório Amélio Marques - sala 22
Horário de atendimento: das 7:00 às 12:00 de segunda às sextas-feiras.
Nosso telefone: (34) 32182356
E-mail: colostomia@hc.ufu.br

**Seima de Andrade Coelho
Denise Regina da Costa Aguiar**

GUIA EDUCACIONAL E DE ORIENTAÇÃO À PESSOA COM ESTOMA URINÁRIO



**PRIMEIRA EDIÇÃO
UBERLÂNDIA
2017**

SUMÁRIO

SOBRE AS AUTORAS.....	01
APRESENTAÇÃO DO GUIA.....	01
CENTRO DE CONCESSÃO ÓRTESE E PRÓTESE.....	03
DIREITOS E BENEFÍCIOS DA PESSOA ESTOMIZADA.....	04
CONVERSANDO ANTES DA CIRURGIA.....	05
CONVERSANDO APÓS A CIRURGIA.....	06
AUTOCUIDADO.....	06
CONVERSANDO SOBRE O SISTEMA URINÁRIO.....	07
APRENDENDO SOBRE O ESTOMA.....	08
BANHO.....	14
TRABALHO, LAZER E VIAGEM.....	15
VESTUÁRIO.....	17
SEXUALIDADE.....	18
CONVERSANDO SOBRE A ALIMENTAÇÃO.....	18
CONHECENDO O EQUIPAMENTO COLETOR.....	19
CONHECENDO OUTROS MATERIAIS.....	26
CONVERSANDO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DO ESTOMA.....	31
TROCA DE BOLSA DE UMA PEÇA.....	36
TROCA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS.....	41
COMO GUARDAR O MATERIAL.....	45
PREVENÇÃO.....	46
GLOSSÁRIO.....	47
DECLARAÇÃO.....	54
REFERÊNCIA.....	55
CONTATO.....	56

SOBRE AS AUTORAS DO GUIA EDUCACIONAL E DE ORIENTAÇÃO À PESSOA COM ESTOMA URINÁRIO

Selma de Andrade Coelho, graduanda em enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem, São Paulo (1979), especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Capacitação Pedagógica na Área de Saúde pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (1989). Pós-graduada em Estomatoterapia (especialidade voltada para o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária), pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2007).

Trabalha no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia desde 1980, onde atuou como enfermeira encarregada de turno da enfermagem de cirurgia geral (1980-1995), foi coordenadora do Setor de Capacitação e Desenvolvimento Técnico-Científico da Enfermagem (1997-2003), hoje Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem (CEPEPE).

Enfermeira do Centro de Concessão Órtese e Prótese – Estoma do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (CCOPE-HCU-UFU), desde 1990.

Atualmente é aluna de mestrado e, como parte dos estudos, decidiu elaborar o Guia Educacional e de Orientação à Pessoa com Estoma Urinário, tendo como orientadora e colaboradora a professora doutora, Denise Regina da Costa Aguiar, graduada em Pedagogia e Mestrado em Educação pela Universidade Metodista de São Paulo (2005) e Doutorado em Educação: Currículo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/ PUC-SP (2011). Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e do curso de graduação Pedagogia da Universidade Brasil. Integra o grupo de pesquisa da Cátedra Paulo Freire/PUCSP. Tem experiência na área de Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: formação de educadores, gestão democrática, currículo-emancipatório, ciclos de aprendizagem na perspectiva freireana, avaliação.

APRESENTAÇÃO DO GUIA

Todos os anos, muitas pessoas passam por cirurgia para a realização de um estoma. Essa operação é uma solução para resolver diversas doenças do sistema urinário. Seja qual for a razão para a sua cirurgia, você e sua família provavelmente terão muitas perguntas ou preocupações.

Pensando nisto, elaboramos este guia para ajudá-lo(a) a estar mais bem informado(a) e capacitá-lo(a) com as habilidades e os conhecimentos necessários para participar ativamente no seu cuidado. Você tem um papel importante na sua recuperação, e nós queremos fornecer as informações necessárias para auxiliá-lo(a). Esperamos que o conteúdo deste guia possa ajudar e facilitar o seu dia a dia com o estoma, proporcionando-lhe mais qualidade de vida.

GUIA EDUCACIONAL E DE ORIENTAÇÃO À PESSOA COM ESTOMA URINÁRIO foi elaborado após levantamento bibliográfico, consulta a outros guias nacionais e internacionais e recomendações de especialistas, com a finalidade de fornecer informações básicas sobre os seus direitos e benefícios, o sistema urinário, a cirurgia antes e depois, o estoma e suas características, o retorno às suas atividades após a cirurgia, alimentação, os cuidados com o equipamento coletor e acessórios e os diversos modelos, cuidados com a pele ao redor do estoma e como prevenir e tratar as principais complicações.

Este guia também é uma fonte de referência de outras importantes organizações de aconselhamento e dos fabricantes de equipamentos disponível em endereços eletrônicos citados na página 55.

Esperamos que esta publicação possa ajudá-lo(a) tanto no seu dia a dia como usuário do CCOPE-HCU-UFU, quanto para usufruir plenamente os seus direitos de cidadania e autonomia de seu cuidado com o estoma.

Esta é a forma de demonstrar que o CCOPE-HCU-UFU está junto de você e sua família nesta batalha e que existem meios de minimizar as dificuldades que possam surgir no decorrer de seu tratamento.

Selma de Andrade Coelho

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

CENTRO DE CONCESSÃO ÓRTESE E PRÓTESE - ESTOMA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

O programa Centro de Concessão Órtese e Prótese – Estoma do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, (CCOPE-HCU-UFU), localizado no Ambulatório Amélio Marques, é composto por assistente social, enfermeira (o), nutricionista, médico e assistente administrativo, todos interessados na sua reabilitação e empenhados em ajudar você nessa nova caminhada.

Esse serviço é um ponto de atenção à saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) que presta assistência à pessoa estomizada das cidades de Uberlândia, Araguari, Prata, Tupaciguara, Monte Alegre, Araporã, Indianópolis, Cascalho Rico e Nova Ponte.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) é o órgão responsável pela compra de equipamentos coletores (bolsas) e adjuvantes de proteção e segurança para estomas intestinais e urinários, bem como pela sua distribuição aos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO), que compõem a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS de Minas Gerais (SUS-MG).

De acordo com a proposta atual de assistência da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD) da SES-MG, para ter acesso aos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, a pessoa estomizada deverá fazer seu cadastro e passar por uma consulta com assistente social, nutricionista e enfermeira (o), que vai indicar o produto mais adequado para cada usuário, bem como a quantidade mensal a ser disponibilizada. Essas definições podem variar ao longo do processo de reabilitação, de acordo com a evolução de cada paciente, exigindo acompanhamento contínuo pelos profissionais enfermeiros.

Ao realizar o cadastro no CCOPE-HCU-UFU, você é atendido por esses profissionais e ainda pode agendar outras consultas sempre que houver necessidade e interesse em esclarecer suas dúvidas.

Se você está tendo problemas com seu estoma, vazamento, troca frequente do equipamento coletor ou necessita de orientações para prevenir ou tratar alguma complicação com seu estoma ou a pele ao redor, agende uma consulta com a equipe do serviço ambulatorial de estomas.

DIREITOS E BENEFÍCIOS DA PESSOA ESTOMIZADA

AS PESSOAS ESTOMIZADAS POSSUEM OS MESMOS DIREITOS QUE A LEI GARANTE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?

Sim. As pessoas estomizadas são consideradas portadoras de deficiência física e, em razão disso, podem usufruir dos direitos que a lei garante às pessoas com deficiência, desde que cumpridos os demais requisitos (ex.: compra de veículos adaptados com isenção de impostos, Benefício da Prestação Continuada, isenção da tarifa em transporte urbano coletivo, entre outros).

QUAIS AS LEGISLAÇÕES SOBRE A PESSOA ESTOMIZADA?

São várias as legislações, mas citaremos aqui as mais importantes.

1. LEI Nº 9.250, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1995.

ALTERA A LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA DAS PESSOAS FÍSICAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Um expressivo número de estomizados convivem com a condição de pacientes com câncer, além da de deficiente. Como o câncer é considerado uma moléstia grave, nos termos do Artigo 30º da Lei nº 9.250/95, seus portadores são contemplados com outros benefícios sociais.

2. PORTARIA SAS/MS Nº 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009.

Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

3. DECRETO 5.296, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004.

Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Enquadra ostomia como categoria de pessoas portadora de deficiência física, devido a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física.

No capítulo II, estabelece atendimento prioritário em repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos, instituições financeiras, supermercados, cinemas, teatros, casas de shows/espetáculos ou quaisquer outros locais de lazer e entretenimento, estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário às pessoas com deficiência por meio de serviços individualizados que assegurem o tratamento diferenciado e o atendimento imediato.

4. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012.

Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

5. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 325, DE 18/4/2013.

Esta resolução regulamenta o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia e acessórios à pessoa estomizada conveniada ao plano privado de Saúde Suplementar. Portanto, os convênios de saúde são obrigados a fornecer os materiais de uso para os cuidados com o estoma.

CONVERSANDO ANTES DA CIRURGIA

COMO VOCÊ DEVE SE PREPARAR PARA A CIRURGIA DE CONSTRUÇÃO DE ESTOMA?

É normal pensar como sua vida se transformará após a construção do estoma e como você vai conviver com essa mudança. A melhor forma de se sentir seguro(a) é obtendo informações sobre sua nova condição de vida com a equipe de profissionais de saúde.

Na consulta do pré-operatório, o cirurgião vai lhe informar sobre a cirurgia e o tipo do seu estoma. Nessa consulta, o cirurgião também pode encaminhá-lo(a) para os demais membros da equipe de saúde – o nutricionista, o assistente social, o psicólogo e a enfermeira – que vão prepará-lo(a) e orientá-lo(a) sobre os cuidados com o estoma (limpeza da pele e da bolsa) e o equipamento coletor e acessórios (modelos, como colocar e tirar a bolsa).

A equipe vai iniciar o processo educativo a fim de proporcionar uma melhor adaptação no pós-operatório. A enfermeira pode também demarcar o local do estoma no abdome, isto é, delimitar uma região favorável onde o cirurgião possa fazer a abertura do estoma.

Essa equipe de saúde vai ser sua referência durante seu convívio com o estoma.

CONVERSANDO APÓS A CIRURGIA

QUANDO COMEÇO A USAR O EQUIPAMENTO DE BOLSA COLETORA?

Após a cirurgia, você já está usando a bolsa coletora, que deve ser preferencialmente transparente, para que os profissionais de saúde possam verificar as características do seu estoma.

Seu estoma deverá entrar em funcionamento logo de imediato, com saída de urina. A princípio, pode apresentar coloração ligeiramente avermelhada, mas, após alguns dias, retornará à coloração normal.

A primeira troca da bolsa provavelmente acontece no hospital. Nesse momento, o enfermeiro ou a equipe de enfermagem faz a primeira troca e vai demonstrar para você e seus familiares como realizar a higienização do estoma para colocar outro equipamento coletor.

Após a alta, agende uma consulta no ambulatório com a equipe de profissionais de estomas, a assistente social, a enfermeira e a nutricionista, para receber outras orientações e realizar o cadastro no SUS, para que a SES-MG disponibilize o equipamento coletor e os acessórios, se necessários.

AUTOCUIDADO

Autocuidado é um conjunto de atividades que os indivíduos realizam pessoalmente, em favor de si, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, com as habilidades, valores e regras culturais da própria pessoa, ou seja, é um aspecto do viver saudável.

Você será incentivado(a) e motivado(a) pelos seus familiares e pela equipe de saúde a desenvolver atividades de autocuidado com seu estoma.

Lembre-se de que o objetivo deste guia é ajudá-lo(a) no aprendizado das noções básicas de cuidado com seu estoma, para que você possa adquirir, com o tempo, habilidade para higienizar o estoma, trocar a bolsa coletora, além de identificar e reconhecer as possíveis mudanças no estoma, as características das eliminações e as complicações. Desta forma, o guia pode melhorar a sua qualidade de vida.

CONVERSANDO SOBRE O SISTEMA URINÁRIO

COMO FUNCIONA O SISTEMA URINÁRIO?

O sistema urinário (FIGURA 1) é um conjunto de órgãos envolvidos com a formação, depósito e eliminação da urina. O sistema é formado por dois rins, dois ureteres, uma bexiga e uma uretra.

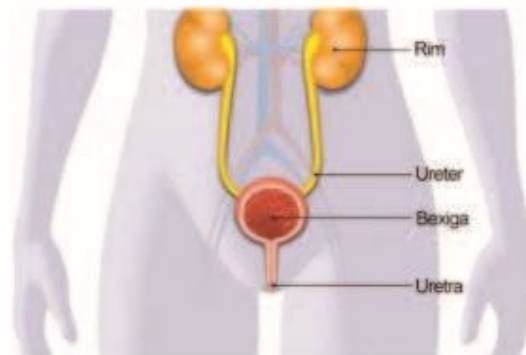


Fig. 1 Sistema Urinário Fonte: <http://escolakids.uol.com.br/aparelho-digestivo.htm>

O sistema urinário é responsável pela remoção de substâncias em excesso ou

indesejáveis no nosso organismo e também possui a função de filtrar as "impurezas" do sangue que circula no organismo sendo eliminadas juntamente com a urina.

Os rins possuem formato semelhante ao do feijão, e estão localizados no abdome, um de cada lado. Nos rins, o sangue do nosso corpo é filtrado, restando a urina. Ela é muito rica em água e, por conter certas substâncias, como a ureia, se apresenta amarelada e com cheiro um pouco forte.

Os ureteres são dois tubos de aproximadamente 20 cm cada, que tem a função de conduzir a urina fabricada nos rins até a bexiga.

A bexiga é um órgão muscular elástico, oco, uma espécie de bolsa, que está situada na parte inferior do abdômen com função de receber e armazenar a urina que chega dos ureteres. Na parte inferior da bexiga, encontra-se um esfíncter - músculo circular que fecha a uretra e controla a micção. Quando a bexiga está cheia o esfíncter se contrai, empurrando a urina em direção a uretra, de onde então é lançada para fora do corpo.

Uretra é um tubo muscular que conduz a urina da bexiga para fora do corpo. A uretra feminina mede cerca de 5 cm de comprimento e a uretra masculina mede cerca de 20 cm.

APRENENDO SOBRE O ESTOMA

O QUE É ESTOMA OU ESTOMIA?

De acordo com as normas da língua portuguesa, estoma e estomia são as formas corretas e preferenciais entre os termos de comunicação de publicação na área de saúde. Os termos ostoma ou ostomia são formas irregulares na língua portuguesa e, apesar de serem usados por pessoas leigas ou até mesmo por profissionais, eles não são registrados nos dicionários.

Portanto, neste guia, adotamos a forma estoma (ou estomia), que significa: é um procedimento cirúrgico cujo objetivo é criar uma abertura artificial entre os órgãos internos ocultos com o meio externo (parede abdominal).



Fig.2 -

Estoma urinário. Fonte: <http://unprojectodeenfermeira.blogspot.com.br>

A abertura de saída chama-se estoma. O termo vem do grego "stoma" e significa "boca" ou "abertura" (FIGURA 2). A finalidade da estomia ou estoma é permitir que a urina não passe por uma parte doente ou danificada do sistema urinário. Quando uma pessoa tem um estoma urinário, a urina não é mais eliminada através da uretra. Em vez disso, ela é

eliminada através do estoma. O estoma não tem um músculo esfíncter, de modo que uma pessoa com estoma não possui controle voluntário sobre a eliminação da urina. Esta pessoa deve usar então um equipamento coletor para a urina, que popularmente é chamado de bolsa.

POR QUE FAZER UM ESTOMA?

São várias as razões e os fatores médicos individuais que determinam a necessidade de se ter um estoma.

As interrupções do fluxo urinário podem ser decorrentes de afecções congênitas, lesões oncológicas ou lesões traumáticas. Podem ter uso exclusivo do trato urinário ou do segmento de alça intestinal.

O ESTOMA É TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO. QUAL A DIFERENÇA?

O estoma temporário é construído com a intenção de que possa ser revertido mais tarde, após a recuperação da parte afetada. O estoma definitivo não permite o restabelecimento do sistema urinário e, portanto, permanece por toda a vida da pessoa.

QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA?

As características de um estoma são: (FIGURA 3)

- ✓ coloração rosa avermelhada, semelhante à mucosa oral, úmida e brilhante;
- ✓ não tem terminações nervosas; portanto, não doem;
- ✓ tem muitos vasos sanguíneos e podem sangrar ligeiramente, se irritado ou esfregado;
- ✓ a urina é eliminada sem controle, sendo necessário uso de equipamento coletor em todos os momentos;
- ✓ a pele ao seu redor deve estar lisa, sem vermelhidão, coceiras, feridas ou dor.



Fig.3 - Característica do estoma
Fonte: <http://bowelcancerawarenessuk.org>

Por causa da fragilidade dos tecidos, a limpeza do estoma deverá ser efetuada de forma delicada. Não é aconselhável esfregá-lo.

QUAL DEVE SER A ALTURA DO ESTOMA?

A altura do estoma (protrusão) em relação a pele (FIGURA 4), pode ser de vários níveis: A - alto, B - normal, C - baixo, D - na altura da pele (sem protrusão) ou E - retraído (abaixo do nível da pele) (FIGURA 5).

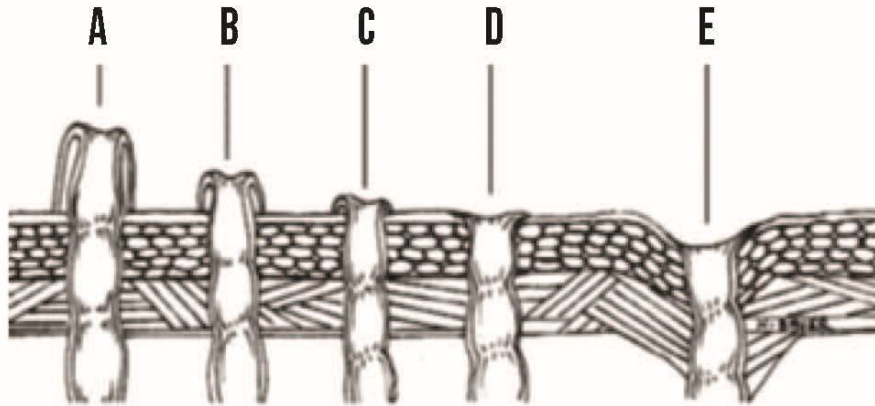


Fig.4 - Desenho dos estomas conforme a sua altura em relação ao nível da pele (A- perfil alto, B-altura normal, C-perfil baixo, D- altura da pele, E- retraído) Fonte: Royal College of Nursing (RNAO), 2009.



Fig.5- Estoma retraído Fonte: Arquivo pessoal de Selma Andrade Coelho, 2014

QUAL O FORMATO DO ESTOMA?

Estomas podem variar de redondo para oval ou ter formato irregular (FIGURA 6).



Fig.6 - Formato de estomas. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

QUAL O DIÂMETRO DO ESTOMA?

Os estomas podem ter vários diâmetros. Nos primeiros dias após a cirurgia, devido ao trauma, ficam inchados (edema) e, portanto, o diâmetro aumenta (FIGURA 7).

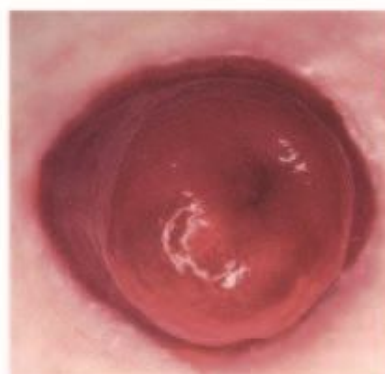


Fig. 7- Estoma com inchaço. Fonte: <http://www.abraso.org.br/est.jpg>

QUAIS OS TIPOS DE ESTOMA?

O estoma de eliminação pode ser classificado em intestinal e urinário. As razões e os fatores médicos individuais que determinam a necessidade de se ter um estoma também delimitam a porção do intestino por onde as fezes não devem passar ou a porção do aparelho urinário da qual será desviada a urina.

O novo trajeto pode ser para saída das fezes ou da urina. O termo é complementado com o nome da porção anatômica de onde se origina.

As derivações urinárias podem ser com uso exclusivo do trato urinário e ou derivação com uso de segmento de alça intestinal.

Exemplos de derivação com uso exclusivo do trato urinário:

URETEROSTOMIA CUTÂNEA (FIGURA 8) - O ureter é passado pela parede abdominal e fixado à pele, criando um estoma (temporário ou definitivo).

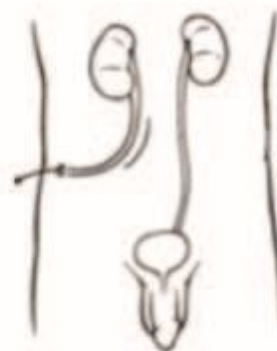


Fig. 8 - Ureterostomia Cutânea. Fonte: Smelzer

NEFROSTOMIA (FIGURA 9) - Um cateter é inserido na pelve renal por meio de uma abertura cirúrgica (em geral temporário).



Fig. 9 - Nefrostomia. Fonte: Smelzer

CISTOSTOMIA (FIGURA 10) - Uma sonda é inserida dentro da bexiga (temporário ou definitivo).

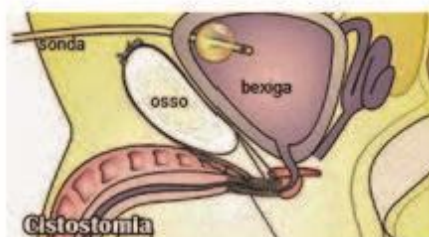


Fig. 10 - Cistostomia. Fonte: <http://www.frmongbuy.com/S090SEM/MDUwS1kz>

VESICOSTOMIA (FIGURA 11) - A bexiga é fixada à parede abdominal por meio cirúrgico e um estoma é criado (definitivo).

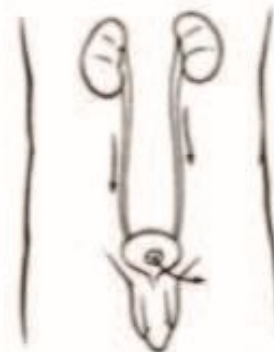


Fig. 11 - Vesicostomia. Fonte: <http://www.coloplast.us>

EXEMPLOS DE DERIVAÇÃO COM USO DE SEGMENTO DE ALÇA INTESTINAL:



Fig. 12 - Ureterossigmoidostomia. Fonte: Smelzer

Conduto ileal (cirurgia de Bricker) (FIGURA 13) - Os ureteres são transplantados para uma secção do íleo exteriorizada através da parede abdominal (estoma definitivo). Permite passagem da urina. Pode ser utilizada alça do cólon sigmoide.

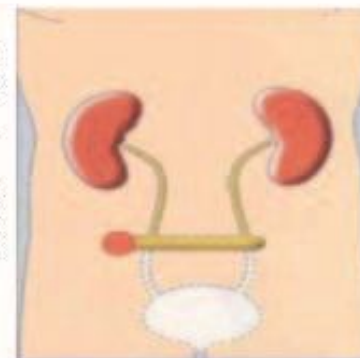


Fig. 13 - Cirurgia de Bricker. Fonte: <http://enfermeirapocuario.blogspot.com.br/2012/03/os-komias.html>

O QUE É MUCO?

Se a derivação urinária consiste de um seguimento de alça intestinal, é possível perceber muco na urina à medida que ela é coletada na bolsa.

Isso ocorre porque a mucosa intestinal produz muco naturalmente; portanto, o segmento do intestino usado para formar o conduto continuará a produzir muco. A frequência e a quantidade de descarga de muco são muito individuais.

BANHO

COMO DEVE SER MEU BANHO?

Com um estoma, você pode tomar banho ou ducha da mesma forma como fazia antes. Seu equipamento de bolsa coletora não vai se desprender da pele durante o banho. Lembre-se de secar a bolsa após o banho.

No dia de trocar o equipamento, você deve retirar a bolsa coletora e lavar a pele e o estoma, permitindo que a água e o sabonete entrem em contato com o estoma, para fazer uma boa limpeza.

Se você usa um sistema de bolsa coletora de duas peças, pode remover a bolsa e lavá-la durante o banho. A decisão é sua.

Evite o uso de óleos de banho e loções na pele ao redor de seu estoma, porque eles podem impedir o seu equipamento de bolsa coletora de se aderir à pele.



<http://www.stomaajfe.nl>

TRABALHO, LAZER E VIAGEM

QUANDO POSSO VOLTAR AO TRABALHO E ÀS MINHAS ATIVIDADES EM GERAL?



<http://health.sunnybrook.ca>

Você pode retomar ao trabalho ou à escola o mais rapidamente possível. Esta é uma atitude positiva que o paciente deve adotar. Porém evite atividades que possam cansar você, como levantar peso, limpar casa ou até dirigir o carro, por pelo menos 6 ou 8 semanas. Seu cirurgião vai aconselhar quando você pode retomar às suas atividades.

SERÁ QUE VOU SER CAPAZ DE PARTICIPAR DE MEUS ESPORTES E ATIVIDADES FÍSICAS FAVORITAS?

Sim. De modo geral, depois que você se recuperou da cirurgia, pode voltar a praticar atividades físicas normalmente, exceto aquelas que exigem algum tipo de contato físico (boxe, futebol, luta livre etc.) ou que trabalham com pesos, por causa de possíveis danos ao estoma. Muitas pessoas com estoma nadam, fazem hidroginástica, correm, caminham, pedalam ou jogam tênis. Exercícios abdominais ajudam no fortalecimento da musculatura abdominal, assim prevenindo possíveis complicações de hérnia. (Ver página 34).

POSSO NADAR?

Sim, você pode nadar ou fazer outras atividades na água. Há uma variedade de modelos de roupa de banho para mulheres e homens com desenhos e cores diferentes.



<http://health.sunnybrook.ca>

Escolha uma adequada para você. Pessoas com estoma devem buscar informação com o seu médico ou enfermeira (o) antes de iniciar as atividades na água, para receber orientações que muito vão ajudar.

DICAS ÚTEIS:

- Antes de natação, recomenda-se esvaziar a bolsa;
- Pode adicionar fita nas bordas da bolsa antes de nadar;
- Você pode precisar mudar a bolsa mais frequentemente, se tomar banho em banheira de hidromassagem, sauna, piscina ou mar.

POSSO VIAJAR?

Sim, você pode viajar. Isso pode exigir algum planejamento extra. Sempre leve com você, de forma escrita, o modelo de equipamento que usa, o tamanho, nome, número de ordem e o nome do fabricante, em caso de necessidade de aquisição.

Também leve sempre seu kit (bolsas, material de higiene da pele e do estoma, tesoura, sacos de descarte, barreiras protetoras) na mala de mão perto de você, para que seja mais prático na hora em que precisar utilizá-los e também evitar dores de cabeça em casos de extravio de bagagem.

DICAS IMPORTANTES:

- É recomendável em viagens, reservar um assento no corredor;
- Tente posicionar o cinto abaixo ou acima do estoma;
- Lembre-se que, em viagem de avião, a tesoura deve ficar na bagagem despachada;
- Em viagens de carro, uma sacola térmica pode ser útil para transportar o seu equipamento de estoma e evitar danos devido ao calor do verão;
- É recomendável ter sempre um kit de reposição com você aonde quer que vá, mesmo que seja uma breve viagem ou uma consulta médica;
- Converse com a enfermeira (o) antes de viajar. Ela (ele) pode fornecer maiores informações.

VESTUÁRIO

VOU TER QUE COMPRAR ROUPAS NOVAS?

Não. Você não precisa modificar totalmente seu estilo de roupas, apenas algumas pequenas adaptações no vestuário para deixar você mais confortável.

QUAIS AS MUDANÇAS QUE TENHO QUE FAZER?

Se seu estoma é na cintura ou perto da cintura, coloque o cinto de couro ou de elástico, ou o acabamento da calça acima ou abaixo do estoma, para evitar que o atrito machuque o estoma.

A bolsa coletora pode ser usada dentro ou fora de sua roupa íntima, o que for mais confortável para você. As mulheres podem usar cintas ou calcinha, desde que não sejam muito apertadas.



<https://lojas.ley.com.br>

<http://www.ledhell.com>

SEXUALIDADE

COMO POSSO TER VIDA SEXUAL COM A BOLSA DE UROSTOMIA?

Relações sexuais e a intimidade são aspectos importantes de sua vida que devem continuar após a cirurgia de estoma. Um período de adaptação após a cirurgia é natural. Como se trata de um procedimento que altera a imagem do corpo, muitas pessoas se preocupam com suas relações sexuais e a intimidade, bem como a aceitação por parte do cônjuge. É importante discutir sobre a relação sexual de forma aberta com o seu parceiro(a), para chegarem a conclusões do momento e da forma mais adequada para terem intimidade. Caso as conversas sobre o tema não venham a ocorrer naturalmente, buscar ajuda de um psicólogo é uma boa alternativa.



<http://www.skmaze.nl>

CONVERSANDO SOBRE A ALIMENTAÇÃO

POSSO COMER QUALQUER ALIMENTO APÓS A CIRURGIA DE ESTOMA?

Se você tem uma urostomia, sua dieta não será afetada, porém você vai ter que aumentar a quantidade de líquido que você bebe, para manter os seus rins funcionando corretamente, e para ajudar a prevenir infecções urinárias.

Se a cor da urina estiver mais escura do que o habitual, isto é uma indicação de urina concentrada que requer um aumento na ingestão de líquidos. Certos alimentos e drogas podem alterar a cor da urina ou produzir um odor forte.

Dê preferência a sucos cítricos naturais (laranja, limão, goiaba, etc.) que contém vitamina C. Estes sucos ajudam a sua urina ficar mais alcalina e prevenir a formação de "cristais" ao redor do estoma.

A urina precisa ser avaliada quanto à cor (amarelo claro, rosada ou vermelha), quanto à clareza (clara, turva, com sedimentos), quanto ao odor (nenhum, fraco ou forte) e quanto ao volume (menor que 1.200ml/24 h, baixo; 1.200ml /24h, normal e maior que 2.500ml/24h, elevado).

Para evitar a desidratação, você deve beber quantidades diárias abundantes de água, sucos ou outros líquidos, aproximadamente 2 litros por dia.

Se você tiver problemas de coração ou de rins, consulte o seu médico antes de aumentar a ingestão de líquidos e se você vomitar ou desenvolver dor abdominal ou febre, também procure seu médico.

CONHECENDO O EQUIPAMENTO COLETOR

O QUE É EQUIPAMENTO COLETOR?

São vários os nomes: bolsas coletoras, dispositivos coletores, sistema coletor ou equipamento coletor.

O equipamento coletor é composto de uma bolsa de plástico, que vai coletar a urina drenada, vinda de seu estoma. Junto da bolsa há uma placa adesiva chamada barreira de proteção da pele.

AS BOLSAS COLETORAS SÃO TODAS IGUAIS?

Não. Existem vários modelos de bolsas para cada diferente situação. A orientação de enfermeira especializada é necessária.

Muitas vezes, você vai usar diferentes produtos de diferentes fabricantes para achar o modelo que irá coletar a urina de forma segura, discreta e confortável.

QUAL MODELO DE BOLSA VOU USAR?

A escolha da bolsa coletora é uma decisão muito importante, pois uma bolsa coletora que forneça segurança e conforto é o primeiro passo para retornar às suas atividades com prazer e confiança.

O melhor tipo de bolsa para você é aquele que se ajusta perfeitamente ao seu estoma e ao seu estilo de vida. Cada estoma, dependendo do tamanho, da altura e da forma, apresenta seus próprios desafios para o cuidador e o paciente. Esta seção proporciona uma visão geral de como identificar qual o tipo de estoma o paciente tem e qual a melhor forma de cuidado.

QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DA BOLSA COLETORA?

Estomas urinários necessitam de bolsas coletoras drenáveis com válvula anti-refluxo na parte interna (FIGURA 14), que impede o retorno de urina para a base do estoma, e válvula de drenagem na parte inferior, que facilita a drenagem e o direcionamento da urina (FIGURA15).



Fig. 14 - Válvula anti-refluxo
Fonte: Coloplast do Brasil Ltda



Fig. 15 - Válvula de drenagem Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

MODELO DE UMA PEÇA

Trata-se de uma peça única, ou seja, a base adesiva protetora de pele e a bolsa coletora estão juntas. Este modelo oferece simplicidade e flexibilidade. Na FIGURA 16, você pode ver vários modelos de fabricantes diferentes.



Fig.16 - Modelos de bolsa de uma peça . Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

MODELO DE DUAS PEÇAS

Nas bolsas de duas peças, a base adesiva é uma peça à parte e pode ser adaptada a bolsas drenáveis (FIGURA 17). Há vários modelos de acoplamento da bolsa coletora à base adesiva: por meio de flange (FIGURA 18); por um sistema de encaixe de “tampas” (FIGURA 19) e com encaixe fácil (FIGURA 20). As bases adesivas podem ser planas (FIGURA 21), convexas (FIGURA 22) ou moldáveis (FIGURA 23) e de diferentes tamanhos e formatos: redondo, ovalado ou quadrado.



Fig.17 - Modelo de bolsa de duas peças
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.



Fig.18 - Modelo de placa com encaixe tipo flange
Fonte: <http://www.rvbhospitalar.com.br/documentos/cat.hollister.pdf>



Fig.19 - Modelo de placa com encaixe tipo tampa
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estornizada.



Fig-20 - Modelo de encaixe tipo fácil.
Fonte: gapc-gapc.blogspot.com

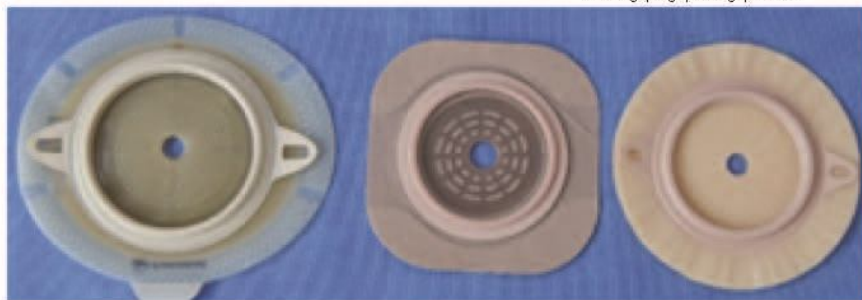


Fig-21 - Modelos de placa plana. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estornizada.



Fig-22 - Modelos de placa convexa. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estornizada.



Fig-23 - Modelo de placa moldável
Fonte: <http://www.stomaatje.nl>

QUANDO DEVO USAR PLACA PLANA?

A placa plana deve ser usada se seu estoma tem protrusão (fica acima do nível da pele) (FIGURA 24).



Fig-24 - Estoma com protrusão
Fonte: <http://www.stomaaje.nl>



Fig-25 - Estoma retraído. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2015.

QUANDO DEVO USAR PLACA CONVEXA?

Quando o estoma não tem protrusão, fica no nível da pele ou abaixo da pele, tipo retraído (FIGURA 25).

MODELOS RECORTÁVEIS

Equipamento coletor recortável é quando há um pré-corte no centro da placa adesiva e, com o auxílio de uma tesoura, você pode aumentar o tamanho ou alterar o seu formato, permitindo a adaptação ao redor do estoma. Geralmente esse modelo apresenta marcação das circunferências em milímetros (mm) para possíveis recortes até o máximo indicado pela fabricante (FIGURA 26).

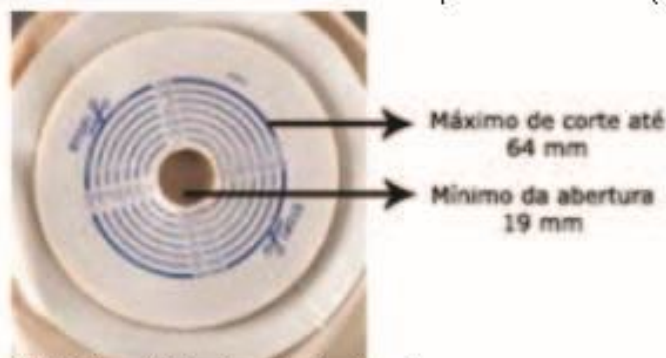


Fig-26 - Bolsa recortável. Fonte: www.primecirurgica.com.br

OUTROS MODELOS

Os equipamentos coletores (bolsas e placas) têm tamanhos diferentes para atender às necessidades do usuário adulto, pediátrico (FIGURA 27) e recém-nascido (FIGURA 28).



Fig-27 - Vários modelos de equipamento coletor infantil de uma peça. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.



Fig-28- Equipamento coletor de recém nascido. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

QUAL É O MELHOR MODELO?

Todas as bolsas têm boa qualidade, mas o primeiro passo para cuidar do seu estoma é selecionar o sistema que fica mais adequado a suas necessidades e seu estilo de vida.

Uma variedade de produtos foi desenvolvida para ajudar cada pessoa a encontrar a peça que melhor se ajuste a seu estoma. Portanto, aconselhamento especializado e orientação de enfermeira capacitada são necessários.

QUANTAS VEZES TENHO QUE MUDAR A MINHA BOLSA?

A quantidade de trocas de equipamento de bolsas depende do tipo de estoma, da localização do estoma e da forma do corpo, se você faz ou não atividade física e da sua transpiração. Importante lembrar que sempre que sentir algum ardor na pele ao redor do estoma, troque o equipamento coletor e verifique se existe algum vazamento ao redor do estoma, prevenindo, dessa forma, maiores danos a sua pele.

As alterações de peso também podem afetar a durabilidade do equipamento coletor. Ganho ou perda de peso podem mudar os contornos abdominais. Você pode precisar de um sistema totalmente diferente.

Lembre-se: bolsa coletora bem indicada e bem adaptada, qualidade de vida garantida.

QUANDO É UM BOM MOMENTO PARA MUDAR MEU SISTEMA DE BOLSA?

Escolha um dia e uma hora que sejam melhores para você. Tente escolher um momento em que você não vai ser interrompido e em que seu estoma não esteja muito ativo. O melhor momento é diferente para todos. Para a maioria das pessoas, o estoma é menos ativo (produtivo) pela manhã, antes de ingerir líquidos. Algumas pessoas fazem o seu cuidado enquanto tomam banho. Outras ainda optam por fazer o seu cuidado no final do dia ou pelo menos algumas horas antes de ingerir líquidos.

QUANTAS VEZES TENHO QUE ESVAZIAR A BOLSA COLETORA?

A bolsa coletora deve ser esvaziada sempre que o volume atingir 1/3 de sua capacidade, pois o enchimento excessivo pode causar fugas do material drenado e dar início a uma irritação na pele.

CONHECENDO OUTROS MATERIAIS

O QUE É SOLUÇÃO LIBERADORA DE ADESIVO?

Solução composta de silicone, libera facilmente fitas e placa adesivas que estão aderidos a pele e ajuda a diminuir a dor causada pela remoção de adesivos (FIGURA 29). Produto não disponibilizado pela SES-MG.



Fig. 29-Solução liberadora de adesivo
Fonte: <http://www.fibracirurgica.com.br>

O QUE SÃO LENÇOS REMOVEDORES OU LIMPADORES?

São uma solução usada para remover os resíduos de cola, que podem ficar na pele ao redor do estoma após a retirada da barreira adesiva. São embalados individualmente em pequenos sachês de alumínio (FIGURA 30).



Fig. 30-Lenço removedor de resina.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 31-Lenço barreira protetora.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

O QUE É LENÇO BARREIRA PROTETORA?

É uma solução usada para formar uma película protetora na pele ao redor do estoma a fim de protegê-la do efluente do estoma (FIGURA 31).

O QUE É PASTA BARREIRA PROTETORA?

É uma resina sintética em pasta, embalada em tubo (FIGURA 32), usada para corrigir possíveis irregularidades no relevo da pele ao redor do seu estoma, ajudando na adaptação da placa adesiva do equipamento da bolsa coletora (FIGURA 33). A maioria das pastas são à base de álcool e pode gerar um ardor, se aplicada sobre a pele irritada, porém o ardor deve parar em alguns segundos. Já existe uma pasta sem álcool e que não provoca ardor (FIGURA 34); porém esse produto ainda não é disponibilizado pela SES-MG.



Fig. 32-Pasta barreira protetora de vários fabricantes.
Fonte: www.ostomizados.com



Fig. 33-Pasta barreira protetora.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 34-Pasta barreira protetora sem álcool. Fonte: <http://www.medline.com>

O QUE É PÓ BARREIRA PROTETORA?

É uma resina sintética em pó (FIGURA 35), embalada em frascos, usada apenas quando há umidade na pele ao redor de seu estoma, para ajudar na aderência de placa adesiva. Deve-se limpar a pele, secá-la, aplicar o pó onde há umidade e retirar o excesso.



Fig. 35-Pó barreira protetora.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada



Fig. 36-Barreira protetora em spray.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

O QUE É BARREIRA PROTETORA EM SPRAY?

É uma solução líquida utilizada para a formação de película protetora sobre a pele irritada geralmente ao redor de seu estoma (FIGURA 36). Atualmente, esse produto não é disponibilizado pela SES-MG.

O QUE É BARREIRA DE PROTEÇÃO EM ANEL?

É uma barreira em formato plano ou convexo, redondo ou ovalado, usada ao redor do estoma em caso de irritação da pele e quando existe irregularidades no relevo do abdômen. O anel ajuda a adaptar o equipamento coletor de forma mais segura e confortável (FIG.37). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig.37 - Barreira em formato plano ou convexo, redondo ou ovalado. Fonte: www.estomplast.com.br

O QUE É TIRA DE HIDROCOLÓIDE?

Tiras de Hidrocolóide são barreiras de proteção usadas para preenchimento de sulcos ao redor do estoma para criar uma superfície uniforme para a placa de base. Isso pode ajudar a evitar vazamentos. Rasgue o comprimento da tira que você precisa e molda na forma que necessitar. Ideal para nivelar cicatrizes, dobras cutâneas e rugas ao redor do estoma. Facilmente moldável (FIGURA 38). Produto não disponibilizado pela SES-MG.



Fig.38 - Tira de Hidrocolóide
Fonte: <http://www.vitaesaude.com.br>

O QUE É RÉGUA DE MARCAÇÃO DO ESTOMA?

É uma régua de papel com vários tamanhos de diâmetro (FIGURA 39) para ajudar a fazer a abertura exata na placa adesiva, deixando sua pele sempre protegida (FIGURA 40). O uso da régua de marcação é muito importante.

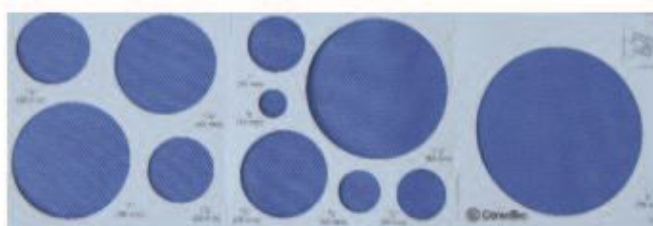


Fig.39 - Régua de marcação. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada.

Verifique se sua placa adesiva se encaixa confortavelmente em torno de seu estoma (FIGURA 40). Se o modelo for muito grande, vai deixar a pele exposta em torno da abertura, desta forma acumulando urina e causando dor, coceira e ardência. Esta medida pode variar ao longo do tempo. Para saber qual é, utilize a régua de marcação que acompanha a embalagem do material, ou então faça a sua própria medida. Se necessário, peça ajuda a um familiar ou enfermeira.



Fig. 40-Diâmetro correto. Fonte: <http://www.salts.co.uk/ileostomy/ileostomy-lifestyle-advice/Caring-for-your-skin.aspx#stomy245Mals>



Fig. 41-Cinto elástico. Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

O QUE É CINTO ELÁSTICO?

É uma tira confeccionada em algodão e nylon, elástico, ajustável por presilha reguladora de comprimento, com encaixe para as hastas dos equipamentos coletores. Proporcionar maior segurança ao paciente, principalmente quando há dificuldade de adaptação da placa convexa ao abdome na região ao redor se seu estoma (FIGURA 41).

O QUE É SOLUÇÃO LIMPADORA DE PELE?

Esse produto se destina a ajudar na limpeza da pele em volta do estoma e na remoção do excesso de cola que, geralmente, se deposita na região onde a bolsa é fixada à pele. Seu uso é indicado na higienização da área ao redor de seu estoma (FIGURA 42). Produto ainda não disponibilizado pela SES-MG.



Fig. 42-Solução limpadora de pele. Fonte: <http://www.cirurgicazona-sul.com.br>

O QUE É COLETOR URINÁRIO DE LEITO?

Bolsa transparente, drenável, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem, tubo extensor e conector universal, com capacidade de 2.000 ml (FIGURA 43). Adaptado ao equipamento coletor de urina durante a noite, permite que a urina seja drenada enquanto a pessoa dorme, favorecendo o descanso.

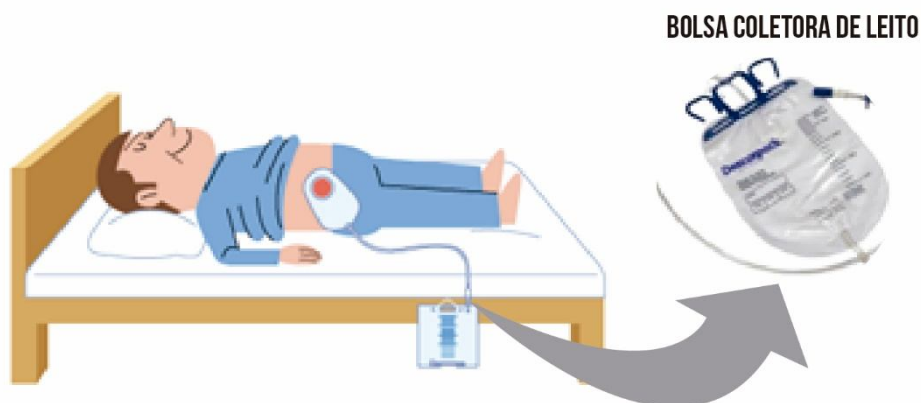


Fig. 43-Bolsa coletora de leito. Fonte: <https://www.almediaweb.jp/stomacare/life-e/contents/point/005.html>

O QUE É COLETOR URINÁRIO DE PERNA?

Coletor urinário de perna (FIGURA 44) é uma bolsa transparente, drenável, com válvula antirrefluxo, válvula de drenagem, tubo extensor sanfonado e conector universal, com sistema de fixação em velcro, com capacidade para 350ml. Adapta-se ao equipamento coletor de urina por meio de um conector próprio do fabricante (FIGURA 45). Uso durante o dia.



Fig. 44-Bolsa coletora de perna.
Fonte: <http://cantodasperdas.blogspot.com.br>



Fig. 45-Modelos Coloplast, Hollister e Convatec de conectores de bolsa de urina com bolsa de perna.
Fonte: Serviço de Atenção à Pessoa Estomizada

CONVERSANDO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DO ESTOMA

Qualquer procedimento cirúrgico tem seus riscos e, portanto, a cirurgia da construção de um estoma não está livre de complicações. Citaremos algumas das principais e mais frequentes complicações.

QUAIS AS COMPLICAÇÕES NO LOCAL DO ESTOMA?

As complicações precoces são aquelas que ocorrem nos primeiros dias após a cirurgia, sendo as mais frequentes: edema, necrose e dermatite.

As complicações tardias podem ocorrer depois da alta, após vários dias, meses ou anos, sendo as mais frequentes: dermatite, hérnia paraestomal, granulomas, infecção urinária e formação de cristais ao redor do estoma.

O QUE EDEMA?

É o inchaço do estoma (FIGURA 46), considerado uma das complicações mais comuns logo após a cirurgia, causado pelo trauma do ato cirúrgico. Portanto este inchaço tende a reduzir de tamanho no período de seis a oito semanas após a cirurgia, definindo o diâmetro finalmente. Importante neste período fazer a marcação do estoma a cada troca do equipamento coletor para evitar drenagem de urina ao redor da pele.



Fig. 46-Edema de estoma.
Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2014

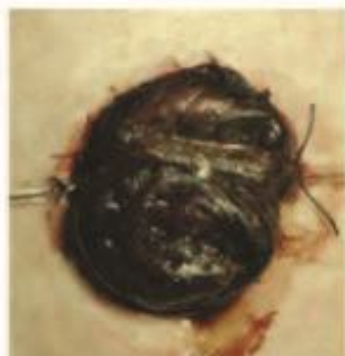


Fig. 47 - Isquemia de estoma.
Fonte: www.tccstme.com

O QUE É NECROSE?

Necrose, ou isquemia, é a morte do tecido e ocorre quando o fluxo de sangue no estoma é interrompido ou prejudicado. Com necrose, o estoma pode ficar vermelho escuro, arroxeadado, azulado, cinza, marron ou preto. A necrose pode acontecer nos primeiros dias logo após a cirurgia e necessita de avaliação médica (FIGURA 47).

O QUE É DERMATITE IRRITATIVA PERIESTOMA?

A dermatite irritativa periostoma (ao redor do estoma) é a mais frequente complicação, caracterizada pela perda de integridade da pele periostoma, causada pelo fluido urinário em contato com a pele (FIGURA 48).

Geralmente surgem sinais como: vermelhidão, irritação, prurido (coceira), ardências e ulcerações (feridas), acompanhado de dor e desconforto.



Fig. 48 - Dermatite periostoma
Fonte: <http://www.dmls.net/boards/0018650px-7mg0028.jpg>

As dermatites irritativas ocorrem pela inadequação dos equipamentos utilizados e principalmente nos estomas situados no plano da pele (raso) ou retraído (abaixo do nível da pele) sem a adequada protrusão do estoma na parede abdominal. Há outros tipos de dermatite, como aquelas causadas por trauma mecânico, infecção ou alergia.

QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVO TER COM A PELE PERIESTOMA?

A prevenção da dermatite depende de uma boa higienização da pele com água e sabonete líquido neutro, adequado recorte da placa adesiva e perfeita colocação do equipamento coletor. O tratamento é à base de pó e pasta barreira de proteção. O banho de sol no dia da troca do equipamento é muito importante: retire a bolsa, faça a higienização, proteja o seu estoma com uma gaze úmida e deixe a pele ao redor ficar exposta ao sol direto da manhã (até as 10 h) ou da tarde (após as 16 h) por 10 a 20 minutos.

Caso não seja possível tomar o banho de sol deixe a pele “respirar” por um período de 15 a 20 minutos antes de colocar o equipamento coletor. Caso a pele continue irritada, com dor e ardência, agende uma consulta com a enfermeira do serviço ambulatorial de estoma.

O QUE É HÉRNIA PARAESTOMAL?

O termo hérnia paraestomal é usado para descrever a presença de uma protuberância (abaulamento, saliência, caroço, nódulo ou inchaço) em toda a volta ou em alguma parte ao redor do estoma, devido a flacidez muscular e alterações nos tecidos internos da parede abdominal (FIGURA 49). A hérnia ocorre de forma gradual, e o seu tamanho e formato podem aumentar com o tempo. A hérnia paraestomal nem sempre provoca dor.



Fig. 49-Hérnia paraestomal. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho, 2015

O QUE DEVO FAZER PARA PREVENIR E CUIDAR DA HÉRNIA?

Mantenha-se dentro de seu peso ideal e a cintura com menos de 100cm de circunferência, evite levantar mais que dois quilos nas primeiras seis a oito semanas após a cirurgia, não fume, use cintas de apoio abdominais ao realizar trabalho pesado nos primeiros três meses após a operação e durante, pelo menos, um ano (FIGURA 50 e 51). Apoie a área abdominal com um travesseiro ou com as mãos quando tossir ou espirrar após a cirurgia.

Evite trabalho pesado e realize tarefas de forma gradual, de acordo com sua capacidade, nos três primeiros meses após a cirurgia. Também recomendamos realizar exercícios abdominais leves (FIGURA 52).



Fig. 50-Cinta modeladora unissex para colostomia. Fonte: <http://www.atitudecosmeticos.com.br>



Fig. 51-Cinta abdominal com local marcado e após ser cortada com exteriorização da bolsa. Fonte: exclusivasiglesias.com

INCLINAÇÃO PÉLVICA

1. Deite-se de costas em uma superfície firme com os joelhos dobrados e pés apoiados.
2. Murche sua barriga, levante levemente seu quadril enquanto pressiona o centro de suas costas na cama e segure por 2 segundos.
3. Volte ao normal devagar.
4. Repita dez vezes ao dia.

Rotação de joelhos

1. Deite de costas sobre uma superfície firme com os joelhos dobrados e os pés apoiados na cama.
2. Murche a barriga e, mantendo seus joelhos juntos gire o quadril, levando os joelhos de um lado para o outro.
3. Repita 10 vezes.

Abdominal

1. Deite de costas sobre uma superfície firme com os joelhos dobrados e os pés apoiados na cama.
2. Coloque as mãos na frente de suas coxas e murche a barriga.
3. Levante sua cabeça do travesseiro.
4. Segure por 3 segundos e, lentamente, retorne para a posição de repouso.
5. Repita dez vezes por dia.



Fig. 52-Exercícios abdominais após a cirurgia de formação de estoma. Fonte: THOMPSON; TRAINOR apud THOMPSON, 2008.

O QUE É GRANULOMA?

São pequenas elevações de forma geralmente arredondada, localizadas ao redor ou sobre o estoma, sangram durante a higienização e causam coceira, ardência e desconforto em contato com a drenagem de urina (FIGURA 53). Caso você tenha esses sinais e sintomas, marque uma consulta com a enfermeira (o) do serviço de atenção a pessoa estomizada para realizar tratamento.

■ GRANULOMAS



Fig.53 - Granuloma. Fonte: Arquivo pessoal de Selma de Andrade Coelho,2015.

POSSO ADQUIRIR INFECÇÃO URINÁRIA?

Sim. As pessoas com desvios das vias urinárias podem sofrer algum tipo de infecção. Os sinais de infecção são: urina turva ou escura, urina com cheiro mais forte que o usual, dor nas costas (na área dos rins), febre, perda de apetite, náusea e vômito. Se você notar quaisquer desses sintomas, entre em contato com seu médico ou enfermeira.

COMO POSSO PREVENIR A INFECÇÃO URINÁRIA?

Beber seis a oito copos de água todos os dias é a melhor maneira de evitar infecções do trato urinário. Esvazie a bolsa regularmente e use um sistema de drenagem noturna (ou levante-se regularmente durante a noite para esvaziar a bolsa).

O QUE SÃO CRISTAIS URINÁRIOS?

São pequenas partículas brancas e arenosas que formam ao redor do estoma, causados pela urina alcalina que podem causar irritação ou sangramento. Para ajudar a reduzir os cristais urinários, você pode preparar uma compressa de vinagre e água em partes iguais e aplicar por vários minutos no estoma quando trocar a bolsa.

Outras complicações podem surgir no estoma ou ao seu redor. Assim, caso perceba alguma alteração, você deve marcar uma consulta com a enfermeira (o) do serviço ambulatório de estoma.

TROCA DE BOLSA DE UMA PEÇA

PASSO A PASSO

Separar todo o material que você vai usar (bolsa coletora, caneta, tesoura, barreira protetora em pó e pasta, água, sabonete líquido neutro, gaze não estéril ou pano macio, clamp, régua de medição, saco de lixo e outros).

FINALIDADE

Facilitar a troca da bolsa



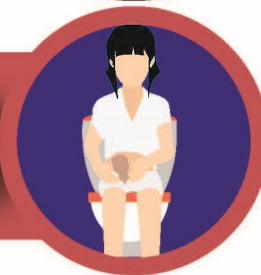
Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Esvaziar a bolsa,

Evitar de derramar o material drenado.



Remover a bolsa coletora, descolando primeiro toda a parte externa (de fora) da placa adesiva, pressionando a pele e levantando suavemente o adesivo. Por último, remover a parte interna (de dentro) restante da placa adesiva.

Remover delicadamente a placa adesiva para evitar trauma na pele. Pode usar produtos removedores próprios



Jogar o equipamento coletor no saco de lixo.

Manter boa higiene.



Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete líquido neutro, removendo a urina e resíduos de placa da pele, de forma delicada e suave. Se necessário, usar produto removedor de resina.

Manter a pele limpa antes de colocar outro equipamento coletor.



Enxugar o estoma e a pele ao seu redor com água, removendo todo o sabonete e resíduos.

Manter pele limpa.



Secar a pele ao redor do estoma com suaves toques antes de colocar outro equipamento coletor.

Evitar trauma na pele.



Aparar os pelos na pele próxima ao estoma utilizando tesoura, se necessário.

Evite usar lâmina de barbear, para não irritar a pele.



Medir o diâmetro do estoma, usando a régua de marcação. Encontrar o melhor diâmetro, desde que envolva todo o estoma, em torno de 1mm a mais.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



No caso de placas recortáveis utilizar as linhas-guia como parâmetro e recortar no tamanho adequado.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



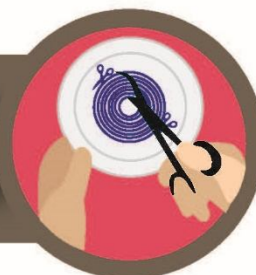
Se o estoma não é redondo, faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno. Colocar o molde sobre o papel da placa adesiva e recortar conforme o tamanho feito.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



Usar uma tesoura curva para cortar a abertura necessária na placa adesiva, cuidado para não cortar a bolsa.

Fazer um recorte adequado.



Retirar o papel ou plástico protetor da placa adesiva.

Evite colocar a mão na parte adesiva para não prejudicar a aderência.



Aplicar pó barreira de proteção caso tenha irritação úmida na pele ao redor do estoma.

Auxiliar no tratamento da dermatite.



Aplicar barreira em pasta na placa adesiva caso tenha alguma irregularidade na pele ao redor do estoma.

Auxiliar no ajuste da placa adesiva, evitando vazamentos.



Ajustar a abertura da placa com o estoma e colocar delicadamente a placa adesiva sobre a pele. Deixar a abertura da bolsa para baixo, sentido dos pés, em pessoas que estão andando e para os acamados deixar a abertura na lateral.

Auxiliar na aderência da placa adesiva.



Fazer uma leve pressão em movimentos circulatorios em torno da placa durante 30 a 60 segundos.

Para garantir uma boa aderência.



Fechar a bolsa na extremidade, observando o modelo de cada fabricante.

Manter seguro seu sistema coletor.



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Guardar o material usado.

Manter em ordem o material usado e o local.



Lembrete: uso de álcool, benzina, tintura de benjoin e colônias prejudicam sua pele, não são recomendados.

Lembrete: buchas vegetais e sintéticas são materiais agressivos a pele, portanto são contra-indicados.

Lembrete: não é recomendado usar qualquer creme ou produto na pele sem indicação do médico ou da enfermeira (o).

TROCA DE BOLSA DE DUAS PEÇAS

PASSO A PASSO

Separar todo o material que você vai usar (bolsa coletora, caneta, tesoura, barreira protetora em pó e pasta, água, sabonete líquido neutro, gaze não estéril ou pano macio, clamp, régua de medição, saco de lixo e outros).

FINALIDADE

Facilitar a troca da bolsa



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Esvaziar a bolsa.

Evitar de derramar o material drenado.



Remover o sistema de duas peças, descolando primeiro toda a parte externa (de fora) da placa adesiva, pressionando a pele e levantando suavemente o adesivo. Por último, remover a parte interna (de dentro) restante da placa adesiva.

Remover delicadamente a placa adesiva para evitar trauma na pele. Pode usar produtos removedores próprios



Jogar o equipamento coletor no saco de lixo.

Manter boa higiene.



Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete líquido neutro, removendo a urina e resíduos de placa da pele, de forma delicada e suave. Se necessário, usar produto removedor de resina.

Manter a pele limpa antes de colocar outro equipamento coletor.



Enxugar o estoma e a pele ao seu redor com água, removendo todo o sabonete e resíduos.

Manter pele limpa.



Secar a pele ao redor do estoma com suaves toques antes de colocar outro equipamento coletor.

Evitar trauma na pele.



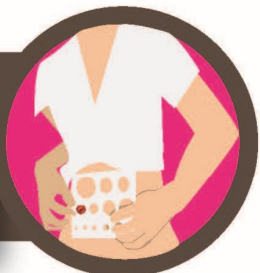
Aparar os pelos na pele próxima ao estoma utilizando tesoura, se necessário.

Evite usar lâmina de barbear, para não irritar a pele.



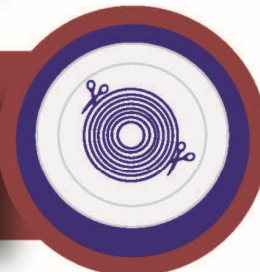
Medir o diâmetro do estoma, usando a régua de medição. Encontrar o melhor diâmetro, desde que envolva todo o estoma, em torno de 1mm a mais.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



No caso de placas recortáveis. Utilizar as linhas-guia como parâmetro e recortar no tamanho adequado.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



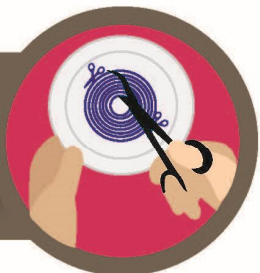
Se o estoma não é redondo, faça um molde, colocando um plástico sobre o estoma, desenhando seu contorno. Colocar o molde sobre o papel da placa adesiva e recortar conforme o tamanho feito.

Definir o diâmetro certo para impedir vazamentos e reduzir o risco de danos na pele.



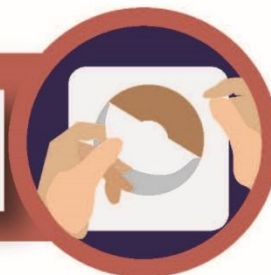
Usar uma tesoura curva para cortar a abertura necessária na placa adesiva, cuidado para não cortar a bolsa.

Fazer um recorte adequado.



Retirar o papel ou plástico protetor da placa adesiva.

Evite colocar a mão na parte adesiva para não prejudicar a aderência.



Aplicar barreira protetora em pó na pele, no local da irritação onde a pele está úmida.

Auxiliar no tratamento da dermatite.



Aplicar barreira em pasta na placa adesiva caso tenha alguma irregularidade na pele ao redor do estoma.

Auxiliar no ajuste da placa adesiva, evitando vazamentos.



Ajustar a abertura da placa com o estoma e colocar delicadamente a placa adesiva sobre a pele, pressionando-a firmemente contra a pele e fazendo movimentos circulares em torno da placa durante 30 a 60 segundos para garantir uma boa aderência.

Auxiliar na aderência da placa.



Ajustar a bolsa coletora à placa, observando os diferentes tipos de encaixe de cada fabricante.

Adaptar a bolsa na placa.



Fechar a bolsa. Caso você use cinto elástico, coloque-o após todos estes passos.

Manter seguro seu sistema coletor.



Lavar as mãos.

Manter uma boa higiene e evitar infecção.



Guardar o material usado.

Manter em ordem o material usado e o local.



COMO GUARDAR O MATERIAL

COMO DEVO GUARDAR O EQUIPAMENTO COLETOR E OS ACESSÓRIOS?

- Armazene seus equipamentos coletores e os acessórios em local seco e longe da luz solar direta;
- Mantenha as bolsas dentro da caixa do fabricante e verifique a data de vencimento regularmente;
- Faça um kit de viagem para quando você estiver fora de casa – lembre-se de não o deixar em um veículo quente e utilize caixa térmica;
- A pasta barreira de proteção deve ser bem fechada após o uso, pois ela pode ressecar.

PREVENÇÃO DO CÂNCER NO SISTEMA URINÁRIO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) ressalta que o desenvolvimento de várias formas comuns de câncer é resultado da interação entre fatores internos do próprio organismo e fatores ambientais.

Os cânceres urológicos são manifestações neoplásicas malignas que atingem os tecidos e órgãos relacionados com o sistema urinário feminino e masculino, e genital masculino. São tratáveis, e na maioria dos casos, curáveis, se detectados precocemente, quando ainda não se espalharam para outros órgãos.

PREVENÇÃO

Uma dieta rica em fibras, composta de alimentos como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, grãos e sementes, além da prática de atividade física regular, previne o câncer no sistema urinário.

Deve-se evitar o consumo de bebidas alcoólicas, carnes processadas e quantidades acima de 300g de carne vermelha cozida por semana.

FATORES DE RISCO

Alguns fatores aumentam o risco de desenvolvimento da doença, como idade, história familiar, falta de higiene pessoal e negligência no tratamento de algumas infecções, além de obesidade e inatividade física.

SINTOMAS

Sangue na urina, dor durante o ato de urinar e necessidade frequente de urinar, mas sem conseguir fazê-lo podem ser sinais de alerta de diferentes doenças do aparelho urinário, inclusive do câncer de bexiga.

Também podem ocorrer perda de peso sem razão aparente, cansaço e sensação dolorida na região lombar. Diante desses sintomas, procure orientação médica.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de câncer no sistema urinário pode ser feito por exames de urina e de imagens, como a tomografia computadorizada, urografia excretora ou ultrassonografia. Alterações indicam a necessidade de um exame endoscópico (ureteroscopia), para confirmar a doença e coletar material (biópsia) para estudo das características do tumor (anatomopatológico).

TRATAMENTO

As opções de tratamento vão depender do grau de evolução da doença. A cirurgia é o tratamento inicial. Uma alternativa é a radioterapia, associada ou não à quimioterapia, utilizada para diminuir a possibilidade de volta do tumor. O tratamento depende principalmente do tamanho, da localização e da extensão do tumor.

GLOSSÁRIO

ANASTOMOSE: a formação cirúrgica de uma passagem entre dois espaços ou órgãos normalmente distintos. Um "gancho" no intestino, uretra, artéria, veia etc., criado depois que uma parte é removida.

ÂNUS: a parte final do reto.

BARREIRA DE PELE: qualquer uma das várias substâncias usadas para cobrir a pele ao redor do estoma. Pode ser uma placa flexível, pasta etc.

BENIGNO: não canceroso, não maligno.

BOLSA: dispositivo de coleta para os dejetos eliminados do corpo através do estoma.

CARCINOMA: câncer, crescimento maligno.

CISTECTOMIA: remoção da bexiga. Se a bexiga for removida, algum tipo de desvio urinário será necessário.

CISTOSCOPIA: um exame do interior da bexiga.

COLITE ULCERATIVA: uma forma de doença inflamatória do intestino em que se formam úlceras no revestimento intestinal do cólon e do reto. Grave, muitas vezes provocando sangramento, a diarreia é o primeiro sintoma dessa doença, que ocorre com mais frequência em adultos jovens.

COLITE: inflamação do intestino grosso. Um tipo particularmente grave é a colite ulcerativa, que pode exigir uma ileostomia.

CÓLON: parte do intestino que armazena a comida digerida e absorve a água. Sinônimo: intestino grosso.

COLOSTOMIA: abertura cirúrgica do cólon (intestino grosso) trazido à superfície abdominal. C. permanente (colostomia final): perda de parte do cólon e, geralmente, do reto. C. temporária: permite que a parte inferior do cólon e/ou o reto curem-se ou descansem. C. sigmoide: abertura na porção mais baixa ou final do cólon. C. transversa: abertura no cólon transversal (parte superior do abdome, região média ou direita).

CONDUTO COLÔNICO: um tipo de desvio urinário. Um curto segmento do cólon é cortado, mantendo-se intactos o suprimento de sangue e a inervação. A porção é fechada em uma extremidade, os ureteres são conectados a ela e o final aberto é conduzido através da parede abdominal para formar o estoma. Essa porção torna-se o conduto ou passagem da urina para fora do corpo. As extremidades remanescentes do intestino são reconectadas e reassumem a função de expelir as fezes.

CONDUTO ILEAL (ALÇA DE BRICKER, ALÇA ILEAL): operação de desvio urinário que permite à urina passar dos rins e ureteres para fora do corpo através de um pequeno conduto feito com o intestino delgado. É semelhante ao conduto colônico, mas o íleo é usado nesse caso, não o cólon. O estoma geralmente fica na região direita inferior do abdome.

CONE: parte de um conjunto de irrigação para colostomia sigmoide. Peça plástica em formato de cone no fim de um tubo, ajusta-se confortavelmente ao estoma para conduzir um líquido para dentro da colostomia.

CONGÊNITO: que está presente ou existe no momento do nascimento.

CRISTAIS URINÁRIOS: cristais pontiagudos e arenosos que podem formar-se num estoma de desvio urinário ou na pele periestomal sem proteção. Dissolvem-se ao ser lavados com uma solução de vinagre branco e água.

DESVIO URINÁRIO: qualquer um dos vários procedimentos cirúrgicos realizados para desviar a urina de rins, ureteres, bexiga ou uretra doentes ou com mau funcionamento. Em muitos desvios, um novo caminho para a urina é formado através da parede abdominal para o exterior do corpo, o que envolve a construção de um estoma ou a sutura de um tubo no local para a drenagem da urina. Se um estoma for feito, geralmente uma bolsa será utilizada.

DIVERTICULITE: inflamação dos divertículos (pequenas bolsas no cólon). Pode provocar abscessos, cicatrização com estrangulamento ou perfuração do cólon com peritonite em casos severos.

DIVERTICULOSE: presença de divertículos (pequenas bolsas no cólon).

DOENÇA DE CROHN: Doença inflamatória do intestino que penetra profundamente na mucosa em qualquer parte do intestino grosso ou delgado. Em determinados casos, uma ileostomia se torna necessária. Entretanto, a doença de Crohn pode voltar a se manifestar depois da cirurgia. Sinônimos: ileíte, enterite regional ou doença granulomatosa do intestino.

DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO (DII): termo geral para a colite ulcerativa e a doença de Crohn.

ELETROLITOS: sais e minerais necessários para a saúde do corpo.

ENZIMA: substância formada em células de plantas e animais que inicia ou acelera reações químicas específicas.

ESTENOSE: estreitamento do estoma que pode causar obstrução.

ESTOMATERAPEUTA, ENFERMEIRO(A): também conhecida como enfermeiro(a) de estomia. É uma pessoa que cuida e ensina aos pacientes estomizados. Um curso com treinamento especial para os profissionais registrados é necessário para a certificação.

ESTOMIA: abertura cirurgicamente criada na parede abdominal para a eliminação do dejetos corporal. Refere-se às colostomias, ileostomias e urostomias. É também usada para se referir ao estoma. Sinônimos: ostomia, estoma.

ESTOMIZADO: a pessoa que tem uma colostomia, ileostomia ou urostomia; ostomizado.

EXTROFIA DA BEXIGA: defeito congênito em que a bexiga aparece exposta fora do corpo. Pode exigir uma cirurgia para desvio urinário.

FÍSTULA: uma passagem anormal entre dois órgãos internos ou de um órgão interno para a superfície do corpo.

FLANGE: componente plástico moldado de um sistema de bolsas de duas peças, reutilizável, que se conecta à bolsa de estomia e se adere à pele em volta do estoma.

GASTROENTERITE: uma inflamação do estômago e dos intestinos.

HÉRNIA: uma protrusão (inchaço) de um órgão ou tecido através de uma estrutura que comumente o contém.

HÉRNIA ABDOMINAL: a protrusão de um órgão interno através da musculatura abdominal; pode ocorrer ao redor de estomas.

ÍLEO: a parte mais baixa ou final do intestino delgado.

ILEOSTOMIA: uma abertura do íleo em que o final do intestino delgado (íleo) é cirurgicamente trazido para fora através de uma abertura no abdome. O conteúdo intestinal é expelido do corpo por meio dessa abertura.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: inabilidade da bexiga para reter a urina, provocando gotejamento ou umedecimento incontroláveis.

INCRUSTAÇÃO: área cinzenta e elevada que às vezes surge na pele ao redor de um estoma urinário. É provocada pelo contato da urina alcalina com a pele. Faz-se a prevenção por meio de uma barreira de pele bem ajustada que cubra toda a região em volta do estoma.

MOVIMENTO PERISTÁLTICO: conferir peristaltismo.

NEFROSTOMIA: abertura cirúrgica do rim. Nesse desvio urinário, um cateter (tubo de nefrostomia) é suturado no local para drenar a urina.

OBSTRUÇÃO: bloqueio da ileostomia indicado por parada parcial ou completa do fluxo ileal.

PELE PERIESTOMAL: a pele que se encontra imediatamente ao redor do estoma ou que o toca.

PERISTALTISMO: movimento de compressão nos ureteres e no segmento ileal que empurram para baixo o dejetos; movimento peristáltico.

PÓLIPO: pequena projeção dentro do intestino, muitas vezes com o formato de um cogumelo, podendo também ser achatada. Geralmente é benigno, mas também pode ser maligno.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: (PÓLIPOS MÚLTIPLOS) - doença rara que se manifesta em famílias onde o cólon e o reto contêm muitos pólipos. Requer supervisão médica regular de todos os membros da família por causa de sérias complicações e de uma forte tendência a desenvolver-se como câncer.

PROLAPSO: uma queda para fora da parede abdominal em que o estoma fica mais comprido.

PRÓTESE: um substituto artificial para uma parte perdida do corpo, tal como um braço ou perna, olho ou dente, usado por razões cosméticas e/ou funcionais.

REFLUXO: quando o fluxo retorna por onde veio. Isso significa que a urina, num desvio urinário, retorna da bexiga para os rins.

RESSECÇÃO: remoção cirúrgica ou excisão.

RETO: a parte mais baixa do intestino grosso.

RETRAÇÃO: o estoma afunda para dentro do corpo.

REVISÃO: construção de um novo estoma, quando o original não funciona bem.

SISTEMA DE DRENAGEM NOTURNA: recipiente grande com um tubo que pode ser conectado à válvula no fundo de uma bolsa de urostomia enquanto o estomizado dorme ou está descansando na cama. Esses sistemas (disponíveis no comércio ou feitos em casa) fornecem uma capacidade de armazenamento adicional, impedem que as bolsas fiquem muito cheias e afastem-se da pele, além de manter o fluxo da urina longe da pele. É essencial que o tubo permaneça sempre acima do nível da urina no recipiente, de forma que a drenagem da urina não seja interrompida.

TRATO URINÁRIO: o sistema do corpo composto por rins, ureteres, bexiga e uretra. A urina é excretada nos rins, desce pelos ureteres, acumula-se na bexiga e passa para fora do corpo por meio da uretra.

UROSTOMIA CONTINENTE: variação cirúrgica do desvio urinário pelo conduto ileal. O cirurgião constrói um reservatório interno e uma válvula ou estoma com um segmento do íleo. Na urostomia continente, o segmento é separado do restante do intestino; as extremidades remanescentes são reconectadas e reassumem a função de expelir as fezes. Uma válvula adicional é construída onde os ureteres se ligam ao reservatório. Isso impede o refluxo da urina aos rins. A urina é drenada para o reservatório algumas vezes por dia com um cateter introduzido por meio da válvula ou estoma.

VESICOSTOMIA: desvio urinário em que a bexiga abre-se diretamente para um estoma, localizado a meio caminho entre o umbigo e o osso púbico. Algumas v. são continentas, drenadas a intervalos regulares com um cateter. A v. convencional necessita de uma bolsa. Geralmente é temporária.

VISITADOR ESTOMIZADO: pessoa que passou por uma cirurgia de estomia e foi especialmente treinada para visitar outras pessoas antes ou pouco depois de uma cirurgia de estomia. O visitador oferece apoio e informação, não aconselhamento médico.

**(Adaptado do Guia do Estomizado da Federação Gaúcha de Estomizados-
http://www.fegest.org/html/fegest_gui_glossario.html)**

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DOS OSTOMIZADOS

Esta Declaração dos Direitos dos Ostomizados apresenta as necessidades especiais desse grupo específico e os cuidados que eles requerem. Eles precisam receber as informações e cuidados que os capacitem a viver uma vida autônoma e independente e participar de todos os processos decisórios.

É o objetivo declarado da Associação Internacional de Ostomizados que essa Declaração de Direitos seja reconhecida em todo mundo.

O OSTOMIZADO DEVE:

1. Receber aconselhamento pré-operatório para assegurar que ele tenha pleno conhecimento dos benefícios da cirurgia e dos fatos essenciais sobre viver com um ostoma.
2. Ter um ostoma bem feito e bem localizado, com consideração integral e adequada ao conforto do paciente.
3. Receber apoio médico e profissional experiente e cuidados de enfermagem especializada em ostomas nos períodos pré e pós-operatório, tanto no hospital como na sua comunidade.
4. Receber apoio e informação para o benefício da família, cuidadores e amigos, a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações que são necessárias para se alcançar um padrão de vida satisfatório com um ostoma.
5. Receber informações completas e imparciais sobre todos os fornecimentos e produtos relevantes disponíveis em seu país.
6. Ter acesso irrestrito à variedade de produtos acessíveis para ostomia.
7. Receber informações sobre sua Associação Nacional de Ostomizados e os serviços e apoio que podem ser oferecidos.
8. Estar protegido de toda e qualquer forma de discriminação.
9. Estar seguro de que toda informação pessoal relacionada à sua cirurgia de ostomia será tratada com discrição e confidencialidade para manter sua privacidade; e que nenhuma informação sobre sua condição clínica será divulgada por qualquer pessoa que a possua, para entidades envolvidas com a fabricação, comércio ou distribuição de materiais relacionados à ostomia; nem poderá ser divulgada para qualquer pessoa que se beneficiará, direta ou indiretamente, por causa de sua relação com o mercado de produtos de ostomia, sem o consentimento expresso do ostomizado.

**Emitido pelo Comitê de Coordenação da International Ostomy Association (IOA) em junho de 1993.
Revisado em junho de 1997.
Revisado pelo Conselho Mundial em 2004 e 2007.**

REFERÊNCIA

- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer: Expectativa 2012: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2013, 98p. Disponível em: <[http:// www.inca.gov.br/expectativa](http://www.inca.gov.br/expectativa)> Acesso em: 10 nov. 2016.
- Borges, E.L.; Ribeiro, M.S.; Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de Saúde de Minas Gerais; Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte: SES-MG,2015. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/ostomizados/24-06-Linha-de-Cuidados-da-Pessoa-Estomizada.pdf
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario - Ostomy care and Management: Clinical Best Practice Guidelines. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario, 2009.
- Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice for Clinicians, Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010.
- Associação Brasileira de Ostomizados - www.abraso.org.br
- Portal Ostomizados - www.ostomizados.com/
- Federação Gaúcha de Estomizados - www.fegest.org/
- ConvaTec - www.brazil.convatec.com.br
- Hollister - Controlando a sua Ostomia - www.hollister.com/brazil/files/pdfs/osted_mancolil_Portuguese.pdf
- Hollister- Como controlar a sua urostomia - www.hollister.com/brazil/files/pdfs/osted_manur_Portuguese.pdf
- Hollister- Estomia: o que é melhor para mim? - www.hollister.com/brazil/files/pdfs/Estomia-O-que-Melhor-Para-Mim.pdf
- Coloplast - www.coloplast.com.br

CONTATO

Local de atendimento: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de
Uberlândia - Campus Umuarama - Ambulatório Amélio Marques - sala 22
Horário de atendimento: das 7:00 às 12:00 de segunda às sextas-feiras.
Nosso telefone: (34) 32182356
E-mail: colostomia@hc.ufu.br

