

AUTOCUIDADO DO OSTOMIZADO: DIFICULDADES PERCEBIDAS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Sueli Aparecida Nogueira*
Edinilza Ribeiro dos Santos*
Luciana Maria Boccardo*
Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos**
Ana Maria Kazue Miyadahira***

NOGUEIRA, S.A. et al. Autocuidado do ostomizado: dificuldades percebidas após a alta hospitalar. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.28, n.3, p.309-20, dez. 1994.

A reabilitação do ostomizado tem despertado interesse de profissionais da área de saúde, no último decênio. Isso favoreceu este estudo, que tem como objetivo verificar as dificuldades e os problemas relacionados ao autocuidado do estoma, pele periestoma e dispositivo, apresentados por 45 ostomizados após a alta hospitalar em diferentes períodos da fase pós-operatória tardia. Os dados foram coletados em dois serviços ambulatoriais da cidade de São Paulo, por critérios pré-estabelecidos e, a seguir, subdivididos em 3 grupos conforme o tempo de pós-operatório. Os resultados obtidos demonstraram que as maiores dificuldades e problemas apontados pelos entrevistados foram a falta de habilidade para manipular a bolsa e as dermatites, sem diferenças importantes entre os grupos.

UNITERMOS: Reabilitação. Assistência ao ostomizado. Autocuidado.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é um estudo sobre o processo de reabilitação do ostomizado. Através dele pretende-se identificar os problemas relacionados ao autocuidado, especialmente do estoma, pele periestoma e dispositivo.

Conforme LEÃO⁹ "estoma é uma abertura na parede abdominal para exteriorização de um segmento do intestino ou vias urinárias para desviar o trânsito fecal ou urinário para o exterior".

A denominação da ostomia digestiva depende de sua localização no abdômen e do número de bocas que apresenta^{3,6}. AGUILLAR et al¹ utilizam

* Discentes da Escola de Enfermagem da USP.

** Enfermeira. Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

*** Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

a mesma terminologia e propõem uma classificação quanto à natureza da ostomia, podendo ser natural e artificial. A primeira compreende as fístulas produzidas acidentalmente, enquanto a segunda engloba as ostomias propriamente ditas, ou seja, aquelas produzidas intencionalmente, através de ato cirúrgico.

No Brasil não há dados estatísticos sobre o número de ostomizados, podendo-se estimar em torno de 100 a 150 mil. Desta forma, embora numericamente não constitua um problema de Saúde Pública, o ostomizado é um paciente de alto custo e com necessidades específicas, o que demanda uma assistência sistematizada, incluindo programas de reabilitação.

Segundo o Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Prevenção de Incapacidades e Reabilitação, "as razões para estabelecer programas de reabilitação de incapacidades vão desde as estritamente pragmáticas e econômicas até as humanitárias. Faz-se necessária uma política social baseada nos direitos humanos, com a responsabilidade da nação em assegurar a igualdade social a todos os cidadãos"¹³.

MARTIN¹² e RIBEIRO¹⁴ propõem uma definição clássica para a reabilitação que implica em ajudar o paciente a atingir seu "nível máximo de atividade". De acordo com a OMS, a reabilitação compreende todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que produzem incapacidades e invalidez e permitem ao incapacitado e ao inválido promover sua integração social¹³.

A reabilitação é resultado da adaptação à nova condição de vida, o que condiz com o que a OMS afirma: "o processo de reabilitação visa proporcionar a continuidade do tratamento, desenvolver a capacidade de aprendizado e autocuidado, contribuir para o retorno da pessoa às suas atividades, incentivar a pessoa na aceitação de suas limitações funcionais e orgânicas, para ajustar-se ao novo estilo de vida e assegurar o empenho da família e da comunidade no processo de reabilitação"¹³.

Algumas medidas destinadas a proporcionar a reabilitação podem ser:

- assistência multidisciplinar prestada precocemente, desde a fase pré-operatória imediata, mediata e tardia, respeitando-se os limites do paciente e abrangendo as três esferas básicas do ser humano: bio-psico-social. Para tanto, é necessária a organização de um Serviço de Assistência e participação da família, do próprio paciente e dos elementos da equipe para êxito dos objetivos propostos 2.11.12.16.18.19.20.21.22;
- estimular a organização e formação de associações de ostomizados cuja importância consiste em ser um "espaço" onde o ostomizado expressa suas necessidades e sentimentos. Uma associação é composta por um grupo de pessoas ostomizadas que conta com o suporte de profissionais especializados e não visa fins lucrativos, religiosos ou políticos. A premissa básica dessa organização é a luta por uma qualidade de vida melhor para a pessoa ostomizada^{4.20.22}.

A reabilitação do ostomizado depende de um programa educacional que o leve, paulatinamente, a adequar-se a um novo estilo de vida, com oportunidade de reintegrar-se ou adaptar-se aos núcleos sociais e às suas atividades de vida diária^{12,16,17,19,21}.

2 OBJETIVOS

2.1 Verificar as dificuldades apresentadas pelos ostomizados em domicílio na fase pós-operatória tardia, quanto aos cuidados com o estoma, a pele periestoma e os dispositivos.

2.2 Comparar as respostas apresentadas pelos ostomizados quanto ao processo reabilitatório em diferentes períodos da fase pós-operatória tardia.

3 METODOLOGIA

3.1 População

A população do estudo foi constituída de 45 indivíduos portadores de estomas intestinais e urinários atendidos em dois serviços públicos de assistência ambulatorial da cidade de São Paulo. O primeiro está vinculado a uma instituição hospitalar e assiste pacientes oriundos desse serviço. O segundo atende pacientes de diversas instituições hospitalares da cidade e estado de São Paulo, bem como de outros estados da federação. Apesar da população ser heterogênea, esses serviços têm funções similares: prestar assistência multidisciplinar a ostomizados incluindo a seleção e distribuição de dispositivos. Faz parte desta equipe, em ambos serviços, enfermeiras estomaterapeutas.

Os critérios, previamente estabelecidos, para inclusão dos ostomizados foram:

- estar em consulta ambulatorial após alta hospitalar da cirurgia para confecção no estoma;
- aceitar participação no estudo;
- ter idade superior a 18 anos;
- estar em condições de oferecer informações através de entrevista.
- Os pacientes foram distribuído em três grupos:
- Grupo A: 15 pacientes que tiveram alta hospitalar em até três meses;
- Grupo B: 15 pacientes que tiveram alta hospitalar no período compreendido entre 3 a 12 meses;

- Grupo C: 15 pacientes que tiveram alta hospitalar no período acima de 12 meses.

3.2 Métodos

Os dados foram coletados no período de 07/10/92 a 05/11/92, por meio de entrevista, utilizando-se um formulário elaborado especialmente para este estudo.

As entrevistas foram individuais e realizadas por doze alunas que, no período citado, cursavam a disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O instrumento para a coleta de dados é composto por questões abertas e fechadas, contendo: dados de identificação; dados acerca da hospitalização; dados sobre as dificuldades referidas após a alta hospitalar, aqui relacionadas ao autocuidado quanto ao estoma, pele periestoma e dispositivos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em três partes:

4.1 Dados de Identificação.

4.2 Dados acerca da hospitalização.

4.3 Dados sobre as dificuldades após a alta hospitalar relacionadas ao autocuidado quanto ao estoma, pele periestoma e dispositivos.

4.1 Dados de Identificação

A população em estudo foi caracterizada quanto a idade, sexo, estado civil, número de dependentes.

Tabela 1 - número de ostomizados nos três grupos, segundo sexo, idade, estado civil e número de dependentes. São Paulo, 1992.

GRUPOS	SEXO		IDADE			ESTADO CIVIL			Nº DE DEPENDENTES		
	M	F	18-38	38-58	58-78	Solt	Cas	Viúvo	0	até 2	3 e +
A	8	7	7	4	4	4	10	1	9	5	1
B	9	6	3	7	5	3	9	3	6	6	3
C	6	9	2	4	9	3	8	4	8	5	2
Total	23	22	12	15	18	10	27	8	23	16	6

Verifica-se pelos dados da Tabela 1, que há uma distribuição equitativa quanto ao sexo, no total e mesmo entre os grupos.

Segundo a mesma tabela observa-se que a maioria dos ostomizados situa-se na faixa etária entre 58 e 78 anos. De modo geral, a menor incidência

esteve presente nos pacientes em faixa etária menor (18-38 anos), considerada de maior produtividade. No entanto, temos 27 ostomizados (mais da metade) na faixa até 58 anos, ainda trabalhadora em nosso país. Quanto aos grupos, há distribuição diferenciada para as faixas etárias. Assim, observa-se 7 pacientes entre 18 e 38 anos no grupo A; 7 para 38 a 58 anos no grupo B e 9 para 58 a 78 anos no grupo C. Com relação ao último grupo, esperava-se faixa etária maior em função do tempo em que estão ostomizados. Para este grupo, obteve-se que a maioria está ostomizada há mais de 10 anos.

Quanto ao estado civil, verifica-se que a maioria dos pacientes é casada (27). Isso tem importância do ponto de vista psico-social e mesmo econômico, já que esta situação está intimamente relacionada aos problemas resultantes da ostomia, nas esferas conjugal, sexual e de trabalho^{6,15,19}.

Por último, a Tabela 1 mostra que a maioria dos pacientes não tem dependentes (23), o que levaria a pensar em uma diminuição das preocupações dessa clientela em termos financeiros. Porém, ao somar o número daqueles que têm um e mais dependentes, nota-se que totalizam 22 pacientes (quase a metade), sendo 6 deles com 3 e mais dependentes. Relacionando esse dado com o total de pacientes na faixa etária entre 18 e 58 anos, numa somatória de 27 pacientes, que estariam em uma idade ainda produtiva e que, provavelmente, são chefes de família, a questão financeira pode ser um fator preocupante no processo de reabilitação.

4.2 Dados acerca da hospitalização

A população estudada foi caracterizada quanto a: causas e tipos de operações realizadas, tipo de estoma e orientações recebidas sobre a nova condição de ostomizado.

Tabela 2 - Número de ostomizados nos 3 grupos, segundo as causas das operações. São Paulo

Grupos	A	B	C	Total
Causas				
Neoplasias	9	13	13	35
Traumas	3	2	1	6
Outros*	3	-	1	4
Total	15	15	15	45

* Polipose, diverticulose, hemorragia digestiva alta

A Tabela 2 mostra o amplo predomínio das neoplasias (35) em relação às demais causas para as operações de confecção de estomas, tanto em sua totalidade quanto nos diversos grupos (9,13 e 13 respectivamente para os grupos A, B e C). Cumpre ressaltar que dos 35 pacientes com neoplasias, 33 são intestinais.

Ao considerar-se a faixa etária predominante dos pacientes deste estudo (Tabela 1), verifica-se a compatibilidade entre a maior incidência das neoplasias e a maior parte dos ostomizados apresentar idade superior a 40 anos, característica esta tida não só como fator de risco para o aparecimento de cânceres, principalmente de cólon, reto e bexiga, como sua própria incidência aumentada a partir desta idade^{6,7,15,18,19}. Isso tem importância epidemiológica, pois as neoplasias estão entre as causas de maior índice de mortalidade, incluindo as do trato gastrointestinal, que é alvo das neoplasias malignas.

O diagnóstico de câncer se apresenta como um agravante a mais no processo de reabilitação, pois além de todas as dificuldades inerentes à adaptação a nova condição de ostomizado, esse diagnóstico é visto erroneamente como sinônimo de morte¹⁹.

Tabela 3 - Número de ostomizados nos 3 grupos, segundo o tipo de operação. São Paulo, 1992.

Grupo	A	B	C	Total
Tipo de Operação				
Amputação do reto	6	5	11	22
Colectomias parciais e totais	4	8	4	16
Amputação da bexiga	1	1	-	2
Laparotomia exploradora	1	1	-	2
Não sabe	3	-	-	3
Total	15	15	15	45

Pelos dados da Tabela 3, observa-se que há predomínio das operações de amputação de reto e colectomias (38), tanto em número total como internamente nos 3 grupos, o que está relacionado às causas mais frequentes para confecção de estomas (Tabela 2), que são as neoplasias, principalmente intestinais^{7,19}. De qualquer modo nota-se uma redução em relação aos grupos, do número de amputações de reto, compatível com a evolução tecnológica de preservação esfinteriana. Do mesmo modo, as cirurgias de amputação de bexiga, mesmo que em número reduzido (2) aparecem somente nos grupos A e B, mais recentemente operados.

Em relação ao tipo de estoma mais encontrado, acham-se as colostomias (37), o que condiz com a predominância de neoplasias (Tabela 2) e o tipo de operação mais frequente (Tabela 3). Dentre estas, 25 colostomias são provisórias e 12 definitivas.

O caráter provisório ou definitivo do estoma tem importância no processo de reabilitação, já que influi na forma do ostomizado assumir essa condição. O fato de ser portador de uma ostomia temporária confere um certo conforto emocional e, às vezes, certa acomodação fazendo com que o paciente não assumo o próprio cuidado⁸.

Alguns autores apontam que é fundamental para o sucesso do processo de reabilitação a implementação de uma assistência sistematizada precoce, desde a fase pré-operatória e que incluirá orientações técnicas relacionadas

ao estoma, pele periestoma e dispositivo, trazendo segurança no momento da alta hospitalar, ou seja, a transição entre o hospital e o lar^{2,11,20}.

Através do levantamento de dados, 23 dos 45 pacientes referem ter recebido orientações durante a hospitalização, sendo que 9 desses estavam no grupo C, 8 no A e 6 no B. Os tipos de orientações estão na Tabela 4.

Tabela 4 - Número de respostas dos 23 pacientes dos 3 grupos, segundo tipo de orientação recebida durante a hospitalização. São Paulo, 1992.

Grupo	A	B	C	Total
Tipo de Orientação				
Higiene da bolsa	7	1	6	14
Troca da bolsa	2	3	8	13
Alimentação	2	3	2	7
Higiene do estoma	3	-	4	7
Conceito de colostomia	-	-	3	3
Repouso	-	1	-	1
Total	14	8	23	45

Pela Tabela 4, nota-se que os tipos de orientações recebidas, com maior frequência, relacionam-se à higiene da bolsa (14) e à troca da mesma (13). Para as demais, ainda aparecem com frequência importante, a higiene do estoma e alimentação (ambos com 7 respostas).

No que se refere à adequação dessas informações no hospital, parece coerente uma vez que de acordo com alguns autores^{11,18,19,20,21}, o paciente deve receber alta com um mínimo de confiança relacionada principalmente ao autocuidado do estoma, pele periestoma e bolsa, o que implica que tenha sido orientado e tenha vivenciado especialmente essas situações.

Quanto aos grupos, pode-se destacar para os pacientes do grupo C, que quase a metade deles (10) informou ter recebido orientações relativas à higiene. Questiona-se se estas orientações foram, de fato, transmitidas na fase de internação hospitalar ou se foram adquiridas na prática e assistência ambulatorial, com o decorrer do tempo.

4.3 Dados sobre as dificuldades após a alta hospitalar

É importante ressaltar aqui, mais uma vez, que estas dificuldades relacionam-se ao autocuidado do estoma, pele periestoma e dispositivos.

Quanto à troca da bolsa, observa-se que mais da metade dos pacientes (31) referiu não apresentar dificuldades para esta atividade. Destes, 14 pertencem ao grupo C, o que pode estar relacionado ao maior tempo da condição de ostomizados. Para os pacientes dos grupos A e B, as respostas distribuem-se de maneira semelhante.

As dificuldades para a troca de bolsa referidas pelos 14 pacientes, estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Número de respostas dos 14 pacientes dos 3 grupos, segundo tipo de dificuldades referidas na troca de bolsa. São Paulo, 1992.

Grupos	A	B	C	Total
Dificuldades				
Falta de habilidade	4	5	-	9
Inadequação dos dispositivos*	2	2	-	4
Medo de manipular a bolsa	-	-	1	1
Total	6	7	1	14

* Não aderência da bolsa; rompimento de bolsa

Verifica-se pelos dados da Tabela 5, que cada paciente refere pelo menos uma dificuldade para a troca da bolsa. A dificuldade mais frequentemente referida foi a falta de habilidade (9) seguida da inadequação do dispositivo (4). Isso já era esperado principalmente para os pacientes do grupo A, considerando que é constituído por ostomizados que foram operados no tempo máximo de 3 meses. Observa-se, ainda na Tabela 5, que os pacientes do grupo B são os que referem maior número de dificuldades.

A maioria dos Serviços Públicos do estado e mesmo da cidade de São Paulo ainda dispõe de dispositivos de qualidade inferior e, quando de boa qualidade, podem ser manuseados, inadequadamente, por profissionais, e ostomizados despreparados.

Além disso, chama a atenção o fato de a única resposta no grupo C "ser medo em manipular a bolsa", apesar do tempo de operação ter sido superior a 1 ano.

Dos 45 entrevistados, a grande maioria (30) refere não apresentar problemas para fazer a limpeza da pele e estoma, sem diferenças importantes na distribuição entre os grupos. Higienização é sempre uma atividade mais simples, o que pode ter determinado o baixo número de respostas ou dificuldades. Mesmo assim não podemos nos esquecer que a presença de um estoma no abdômen pode causar medo mesmo para a limpeza e troca de bolsa, além do que algumas dermatites também podem ser causadas por este processo. Os problemas referidos pelos 15 pacientes estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Número de respostas dos 15 pacientes dos 3 grupos, segundo tipo de problemas referidos para fazer a limpeza da pele e estoma. São Paulo, 1992.

Grupo	A	B	C	Total
Problemas				
Medo e depressão	2	1	2	5
Irritação da pele	-	2	2	4
Desconhecimento dos produtos de limpeza*	1	2	-	3
Falta de habilidade	2	1	-	3
Total	5	6	4	15

Das 15 respostas, o problema mais citado é o medo e depressão (5), seguido de irritação da pele (4), o que provavelmente dificulta a higienização, que constitui, por sua vez, um dos primeiros passos aprendidos no processo de autocuidado voltado à reabilitação¹⁰.

De acordo com a Tabela 6, dois pacientes, dentre os 5 que citaram medo e depressão como problema, pertencem ao grupo C, o que nos leva a refletir sobre a importância do apoio da equipe multidisciplinar, mesmo numa fase pós operatória tardia. Os outros 2 problemas citados, com frequência de 3 respostas para cada um, são fatores relacionados já que o desconhecimento do que utilizar para fazer a higiene pode interferir na habilidade para fazê-lo e mesmo na própria integridade da pele e estoma (tipos de sabões, bucha, papel higiênico e outros).

Em relação à limpeza da bolsa, dos 45 entrevistados, 38 não citam problemas. Chama atenção esse dado, pois muitos fatores interferem nessa limpeza, como: adaptação das condições domésticas (extensão de chuveiro, uso de bisnagas e outros); situações constrangedoras para a família (como sujeira no banheiro, pia, piso, vaso). As respostas dos 7 pacientes que responderam ter dificuldades para a limpeza da bolsa estão na Tabela 7.

Tabela 7 - Número de respostas dos 7 pacientes dos 3 grupos, segundo tipo de problemas referidos na limpeza da bolsa. São Paulo, 1992.

Grupo	A	B	C	total
Problema				
Inadequação da limpeza*	1	2	1	4
Sensações desagradáveis**	-	-	3	3
Total	1	2	4	7

* Uso de papel higiênico; desconhecimento do que utilizar.

** Nojo; dor; odor.

Conforme a Tabela 7, o maior número de citações (4) é a inadequação da limpeza, provavelmente pelas razões descritas anteriormente (condições domésticas). Além dessas, houve 3 respostas relacionadas às sensações desagradáveis, como nojo, dor e odor. Ressalta-se que a confecção de um estoma causa mudanças na imagem corporal do indivíduo. Essa imagem mental que cada um tem de seu próprio corpo e que se desenvolve gradativamente desde o nascimento^{2,5,10}, torna-se para o ostomizado, repentinamente, “desconhecida” e “incontrolável”.

No tocante à pele periestoma, a maioria dos entrevistados (35) citou problemas distribuído equitativamente nos 3 grupos. Essas citações estão apresentadas na Tabela B.

Tabela 8 - Número de respostas dos 35 pacientes dos 3 grupos, segundo tipo de problemas na pele periestoma. São Paulo, 1992.

Grupo	A	B	C	Total
Problema				
Dermatites*	7	12	16	35
Hiperemia	3	4	4	11
Edema	1	-	1	2
Total	11	16	21	48

* Em diferentes graus: assadura, ferida, sangramento, escoriação.

A Tabela 8 mostra que as dermatites em diferentes gruas é referida 35 vezes. Assim, pode-se dizer que todos os pacientes (35) referiram dermatite. Além disso, se houve 48 citações, muitos dos pacientes apresentaram mais de uma problema ou vários episódios de dermatite.

Quanto aos grupos, observa-se que, mesmo com o passar do tempo, os problemas de pele não são superados. Isso é evidenciado através do número de respostas obtidas no grupo C (21). Segundo SANTOS¹⁸, a enfermagem em estomaterapia deve investigar e afastar o fator causal das dermatites periestoma, através da modificação do equipamento e a revisão do processo de autocuidado relacionado ao estoma e pele periestoma, já que se trata de um problema tão frequente e nem sempre tão fácil de ser solucionado.

Os 45 entrevistados foram questionados quanto a problemas apresentados para aquisição da bolsa coletora. A maioria dele (31) não refere problemas, obtendo-as em instituições públicas. Porém, um número significativo de pacientes (quase 1/3) apresenta dificuldades neste aspecto. Estas dificuldades estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Número de respostas dos 14 pacientes dos 3 grupos, segundo tipo de dificuldades para aquisição da bolsa coletora. São Paulo, 1992.

Grupo	A	B	C	Total
Dificuldade				
Alto custo	3	3	3	9
Dificuldade para obtenção*	1	2	3	6
Desinformação sobre obtenção gratuita	-	2	1	3
Total	4	7	7	18

* Não havia no hospital; o número de bolsas não era suficiente.

Das 18 dificuldades apontadas por 14 pacientes o alto custo dos dispositivos é o problema mais citado (9), seguido da dificuldade para obtenção.

Assim, embora esta clientela seja vinculada a instituições públicas que fazem distribuição gratuita de dispositivos, as respostas acima associadas à desinformação sobre a obtenção gratuita citada por 3 pacientes, fazem questionar quanto a eficiência do Sistema de Assistência Pública ao Ostomizado. Por outro lado, é importante ressaltar que esta assistência é de alto custo, tanto pelo caráter de importação dos dispositivos usados, como pela exigência de profissionais especializados, para o seu planejamento e implementação.

Quanto à opinião dos ostomizados acerca da bolsa que estavam utilizando, houve equivalência entre o número de pacientes que a consideram boa (23) e ruim (22), com distribuição homogênea nos vários grupos. Isso mostra que a qualidade da bolsa, tratada aqui como boa e ruim, independe do tempo de uso, mas sim de suas características de proteção da pele, conforto e segurança. Segundo TRENTINI¹⁹, uma bolsa de boa qualidade tem associação com a qualidade de vida do ostomizado, pois ela dá segurança e conforto, enquanto uma bolsa que não tenha essas características desejáveis expõe a pessoa a desconfortos, tanto físicos quanto psicológicos. Isso condiz com os dados obtidos nas entrevistas com os ostomizados, onde a maioria das 31

respostas (24) é relativa à qualidade do dispositivo, ou seja, segurança e conforto, seguidas de 3 respostas relativas à proteção contra irritação da pele.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu concluir que:

- as maiores dificuldades apresentadas pelos ostomizados giram em torno da falta de habilidade em manipular a bolsa, inadequação do dispositivo e problemas de pele, como as dermatites, que não são superadas mesmo com o passar do tempo;
- ao comparar os 3 grupos, nota-se que os pacientes do grupo A não se destacam quanto às dificuldades referidas após a alta hospitalar, apesar do curto período em relação ao pós-operatório. Os pacientes do grupo B apresentam todos os problemas citados e para os pacientes do grupo C, ainda são evidentes os problemas na pele periestoma, especialmente as dermatites, embora tão tardiamente.

NOGUEIRA, S.A. et al. Ostomized's rehabilitation: difficulties after hospital discharge. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.28, n.3, p.309-20, dec. 1994.

The ostomy patient's rehabilitation has been an important point of interest to health professionals in the last decennium. It is supported this study to verify the difficulties related to ostomy self care, showed by 45 ostomy patients after hospital discharge, in different periods of late post operative. The data was obtained by patients from two ambulatorial services of São Paulo city, through the interviews. The ostomizeds were selected by previous established criteria agreement and then subdivided in three groups as the post operative period. It is possible to verify that the great difficulties mentioned by the patients related to self care were the lack of capacity to manage the collecting devices and skin problems, without important differences among the groups.

UNITERMS: Rehabilitation. Ostomy care. Self care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILLAR, I.F.G. et al. Estomas digestivos. **Rev.Enf.Cient.**, n.110, p. 4-12, 1991.
2. BRECKMAN, B. **Enfermeria del estoma**. Madrid, Interamericana/McGraw-Hill, 1987.
3. CASAS, S.M. **Guia del ostomizado digestivo**. Madrid, Coloplast, 1990.
4. DIAS, S.M. Importância das associações dos ostomizados. **Rev.Paul.Enf.**, v.9, n.1, p. 26-9, 1990.
5. GARCIA, A.M.M. et al. **Atencion integral al paciente ostomizado**. Madrid, Coloplast, 1992.

6. GIMENO, A.M.M.; GARCIA, A.M.M. **Propuesta para una valida reinsercion social de los enfermos colostomizados.** Valência, s.l.p., 1988.
7. HABR-GAMA, A. et al. **Câncer do estômago e do intestino grosso.** São Paulo, EPU/EDUSP, 1978.
8. KRETSCHMER, K.P. **Estomas intestinais: indicações, métodos operativos, cuidados, reabilitação.** Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
9. LEÃO, P.H.S. **Colostomias e colostomizados.** Fortaleza, EUFC, 1981.
10. LOZANO, H.A.D. **Aspectos psicológicos del paciente ostomizado.** Madrid, Coloplast, s.d.
11. MAHONEY, Y.M. **Guide to ostomy nursing care.** Boston, Little Brown, 1976.
12. MARTIN, N.A. A enfermagem na reabilitação. In: BELAND, I.; PASSOS, M. **Enfermagem clínica: aspectos fisiológicos e psico-sociais.** São Paulo, EPU/EDUSP, 1958-79. cap.18, p. 155-79.
13. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - OMS, **Prevención de incapacidades y rehabilitación.** Genebra, 1981. (Série de informes técnicos, n.668)
14. RIBEIRO, C.M.A. A enfermagem frente a problemática de pessoas deficientes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33., Manaus, 1981. **Anais.** Brasília, ABEn, 1981. p. 107-11.
15. RODRIGUES, J. et al. Problemática psicossocial del paciente ostomizado. **Rev.Enferm.**, v.11, n.114, p.23, 1988.
16. RUSK, H.A.; TAYLOR, E.A. A reabilitação como fase da medicina preventiva. In: LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva.** Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 1978. cap. 16, p. 509-27.
17. SANTANA, M.H.D.A. A enfermeira e os estomas. **Enf.Novas Dimens.**, v.5, n.2, p. 39-44, 1979.
18. SANTOS, V.L.C. de G. A reabilitação do ostomizado: em busca do ser saudável. **Texto Contex.Enf.**, v.1, n.2, p. 180-90, 1992.
19. TRENTINI, M. et al. Experiência de viver ostomizado: um estudo preliminar. In: INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE. Los Angeles, 1991. **Conference Abstracts.** Los Angeles, 1991. p.295.
20. VUKOVICH, V.C.; GRUBB, R.D. **Care of ostomy patient.** Saint Louis, Mosby, 1977.
21. ZERBETTO, E.M. Reabilitação do paciente ostomizado. **Rev.Paul.Enf.**, v.0, n.0, p. 16-20, 1981.
22. _____. **Roteiro para avaliação do nível de problemas do paciente colostomizado.** São Paulo, 1981. 149p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.