

Trinta anos do serviço de atenção à saúde da pessoa ostomizada de Juiz de Fora e região

Thirty years of the health care service for ostomy patients in Juiz de Fora and surroundings

MAURO TOLEDO SIRIMARCO, TCBC-MG¹; BRENO HENRIQUE XAVIER DE MORAES²; DENISE RABELLO LOVISI SALES DE OLIVEIRA²; ALFEU GOMES DE OLIVEIRA³; PATRICIA APARECIDA FONSECA SCHLINZ³.

R E S U M O

Objetivo: elaborar o perfil epidemiológico dos pacientes ostomizados atendidos no Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Juiz de Fora e região (SASPO/JF) e quantificar tanto as patologias que levaram à confecção, quanto as complicações presentes nas estomias. **Método:** realizado estudo retrospectivo com análise de 496 prontuários de pacientes cadastrados no SASPO/JF ao longo de 30 anos e que permaneciam em atendimento no serviço em junho de 2018. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, patologia que levou à confecção do estoma, tipo, caráter temporal, localização e complicações das estomias. **Resultados:** 53,43% dos pacientes eram do sexo masculino e 46,57% do sexo feminino. A média de idade entre os homens foi de 56,24 anos e entre as mulheres foi de 58,40 anos. Oito pacientes apresentaram dois tipos de estomias simultaneamente e o total de 504 estomias foi distribuído da seguinte forma: 340 colostomias (67,46%), 117 ileostomias (23,21%) e 47 urostomias (9,33%). Além disso, 47,65% das colostomias e 76,92% das ileostomias foram temporárias, enquanto todas as urostomias foram permanentes. Em 70,24% dos casos, o motivo para confecção do estoma foi a neoplasia maligna. Foram encontrados 277 estomas com uma ou mais complicações (54,96%). **Conclusão:** as estomias predominaram em pacientes com mais de 50 anos e o principal diagnóstico que levou à confecção dos estomas foi a neoplasia maligna. As ileostomias apresentaram maior percentual de complicações do que as colostomias e urostomias e, para todos os tipos de estomas, a complicação mais frequente foi a dermatite.

Palavras chave: Estomia. Complicações Pós-Operatórias. Cirurgia Colorretal. Cirurgia Geral. Urologia.

INTRODUÇÃO

Em junho de 1988, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, foi implantado o Programa de Atendimento ao Paciente Ostomizado (PAPO), abrangendo as populações das cidades de Juiz de Fora, Ubá, Barbacena e Leopoldina. As atividades do programa iniciaram-se com a atuação de equipe interprofissional composta por um médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, um enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma assistente social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e uma psicóloga do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O programa foi criado por iniciativa dos próprios profissionais¹. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988, o direito do ostomizado à assistência à saúde passou a ser dever do Estado, devendo esta ser realizada desde o período pré-operatório até à reinserção do indivíduo na sociedade².

A partir de 1993, o programa passou a denominar-se Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO/JF), funcionando no Departamento de Clínicas Especializadas da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço atende pacientes portadores de estomas urinários (urostomias) e estomas intestinais de eliminação (ileostomias e colostomias) de residentes nas áreas urbana e rural das 38 cidades da macrorregião de Juiz de Fora.

A base legal para a continuidade das atividades deste serviço foi a Portaria número 116/1993, do Ministério da Saúde, que trouxe o conceito ampliado de saúde e assegurou a concessão de dispositivos (bolsas coletoras) aos portadores de estomias pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,3}.

A Portaria número 400/2009, do Ministério da Saúde, estabeleceu as "Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito

1 - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina - Departamento de Cirurgia - Juiz de Fora - MG - Brasil 2 - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina - Juiz de Fora - MG - Brasil 3 - Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Secretaria de Saúde - Departamento de Clínicas Especializadas - Juiz de Fora - MG - Brasil

do Sistema Único de Saúde - SUS". Por essa portaria, o SASPO/JF se enquadra no Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas II, prestando assistência especializada e de natureza interdisciplinar, com o objetivo de reabilitação do paciente, incluindo a orientação para o autocuidado, a prevenção, o tratamento de complicações das estomias, a capacitação e o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. O serviço deve dispor de, no mínimo, os seguintes recursos humanos: médico, enfermeiro (com capacitação em assistência às pessoas com estoma), assistente social, psicólogo e nutricionista, sendo o número de profissionais adequado às demandas e à área territorial de abrangência do serviço, dando-se prioridade à maior proporção de enfermeiros na equipe. Os profissionais não necessitam ser exclusivos do serviço^{1,4}.

Os serviços prestados pelo SASPO/JF consistem em consulta pré-operatória, consulta pós-operatória, acompanhamento médico, psicossocial, nutricional e de enfermagem, além do fornecimento dos equipamentos. Na consulta pré-operatória, há a orientação sobre o funcionamento, a avaliação biopsicossocial e a demarcação do abdome para a confecção do estoma. No atendimento pós-operatório, o qual é iniciado enquanto o paciente ainda se encontra no hospital ou por meio de visita domiciliar, o paciente e seus familiares são orientados quanto à documentação necessária para o cadastro, acompanhamento no serviço e correta utilização dos dispositivos. Além da assistência da enfermagem na avaliação periódica dos estomas, há o atendimento por parte de assistente social, psicólogo e nutricionista, bem como realização de reuniões de apoio aos pacientes e seus familiares. Por meio de palestras, grupos terapêuticos, psicopedagógicos e educativos, com abordagem de temas inerentes à condição do ostomizado, há o estímulo ao autocuidado, à adaptação do paciente à nova condição, à reinserção na sociedade e também ao convívio social¹.

Em 2018, o Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada de Juiz de Fora (SASPO/JF) completou o trigésimo aniversário. Desde a fundação, todos os atendimentos foram documentados em prontuários, resultando em rico acervo para análise histórica. O presente estudo tem como objetivo elaborar o perfil epidemiológico dos pacientes ostomizados atendidos

no serviço e quantificar tanto as doenças que levaram à confecção, quanto as complicações associadas às estomias.

MÉTODO

De junho de 1988 a junho de 2018, o Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO/JF), localizado no Departamento de Clínicas Especializadas do SUS no município de Juiz de Fora (MG), prestou assistência a 2.805 pessoas portadoras de estomas. Durante este período, houve reversão do estoma em 911 pacientes, 92 abandonaram o serviço, 24 ostomizados foram transferidos e 1.251 pacientes faleceram. Foram analisados 527 prontuários de pacientes cadastrados ao longo de 30 anos e que permaneciam em atendimento no serviço, em junho de 2018, dos quais foram excluídos 31 prontuários com anotações ilegíveis ou com informações incompletas de acordo com os objetivos do estudo. Os pesquisadores preencheram formulários previamente elaborados, sendo analisados os dados de 496 prontuários. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, doença que levou à confecção do estoma, tipo, caráter temporal, localização e complicações das estomias.

RESULTADOS

Dos 496 prontuários analisados, 265 eram de pacientes do sexo masculino (53,4%) e 231 do sexo feminino (46,6%). A média de idade entre os homens foi de 56,2 anos, enquanto entre as mulheres foi de 58,4 anos. A média de idade geral foi de 57,2 anos e houve predominância de pacientes com idade acima de 50 anos, como demonstrado na Figura 1.

Faixa etária	Número de pacientes (%)
Menores que 30 anos	38 (7,66%)
30 a 50 anos	114 (22,98%)
Maiores que 50 anos	344 (69,36%)

Figura 1. Distribuição etária dos 496 pacientes.

Oito pacientes apresentaram dois tipos de estomias simultaneamente, perfazendo o total de 504 estomias, distribuídas da seguinte forma: 340 colostomias (67,5%), 117 ileostomias (23,2%) e 47 urostomias (9,3%).

Dos pacientes com estomas concomitantes, dois possuíam ileostomia e colostomia, outros dois apresentaram ileostomia e urostomia e quatro eram portadores tanto de colostomia quanto de urostomia.

Dentre as 340 colostomias, houve predomínio de estomas confeccionados de forma terminal e à esquerda, sendo a maioria permanente. Das 117 ileostomias, a maioria foi confeccionada em alça e à direita, com predominância de estomas temporários. As urostomias foram, na totalidade, permanentes (Figuras 2 e 3).

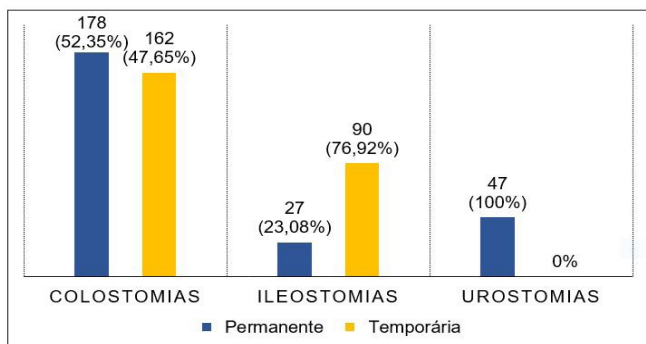


Figura 2. Classificação dos estomas quanto ao caráter temporal.

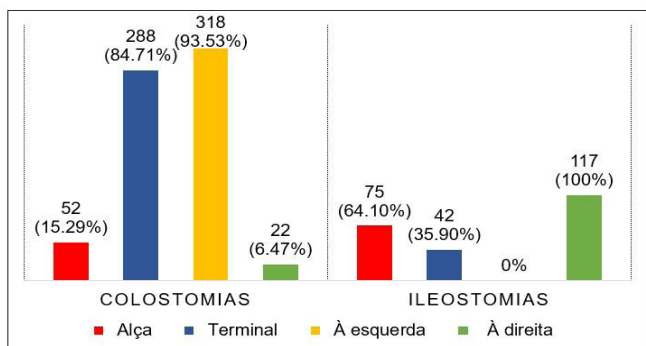


Figura 3. Formas de confecção e localização das estomias intestinais.

A causa mais frequente que levou à colocação das 340 colostomias foi a neoplasia maligna, ocorrendo em 235 casos (69,1%), dos quais o câncer de reto foi o mais relatado, seguido do câncer de cólon. Câncer de origem ginecológica e câncer de ânus/canal anal ocorreram em menores percentuais. Foram observadas causas menos frequentes como obstrução intestinal, perfuração de reto ou cólon (por corpo estranho ou trauma), diverticulite, ânus imperfurado, fístula retovaginal e doença inflamatória intestinal, cujas taxas de ocorrência podem ser verificadas na Figura 4. Também foram identificadas outras causas que levaram à confecção de colostomia, sendo: peritonite (4

casos), megacólon (2), Síndrome de Fournier (2), abdome agudo (2), Doença de Hirschsprung, estenose de colostomia perineal, laceração do reto, pólipos de reto, polipose retal e retite.

Causas de confecção	Colostomias n (%)	Ileostomias n (%)	Urostomias n (%)
Câncer de reto	174 (51,18%)	41 (35,04%)	1 (2,13%)
Câncer de cólon	41 (12,06%)	32 (27,35%)	-
Obstrução intestinal	29 (8,53%)	11 (9,40%)	-
Perfuração de reto ou cólon	22 (6,47%)	1 (0,86%)	-
Diverticulite	22 (6,47%)	2 (1,71%)	-
Câncer de origem ginecológica	11 (3,23%)	3 (2,56%)	1 (2,13%)
Câncer de ânus e canal anal	9 (2,65%)	-	-
Ânus imperfurado	7 (2,06%)	-	-
Fístula retovaginal	7 (2,06%)	-	1 (2,13%)
Doença inflamatória intestinal	2 (0,59%)	8 (6,84%)	-
Polipose adenomatosa familiar	-	8 (6,84%)	-
Câncer de bexiga	-	1 (0,86%)	40 (85,10%)
Bexiga neurogênica	-	-	2 (4,25%)
Hidronefrose	-	-	1 (2,13%)
Pielonefrite crônica	-	-	1 (2,13%)
Outras	16 (4,70%)	10 (8,54%)	-

Figura 4. Causas que levaram à confecção das 340 colostomias, 117 ileostomias e 47 urostomias.

Quanto às 117 ileostomias, a causa que prevaleceu também foi a neoplasia maligna, com 77 casos (65,8%), sendo o câncer de reto e o câncer de cólon os mais frequentes, enquanto o câncer de bexiga e o de origem ginecológica tiveram percentuais menores. Foram observadas causas menos frequentes como obstrução intestinal, polipose adenomatosa familiar, doença inflamatória intestinal, diverticulite e perfuração de cólon, cujas taxas de ocorrência estão registradas na Figura 4. Outras causas que levaram à confecção de ileostomia foram: fístula (3 casos), apendicite aguda (2), necrose de delgado, necrose de cólon, colite isquêmica, hemorragia do ânus e do reto e pancreatite crônica.

Entre os 47 estomas urinários, a neoplasia maligna foi responsável pela confecção de 42 urostomias (89,4%), sendo mais frequente o câncer de bexiga. Foram observadas causas menos frequentes como bexiga neurogênica, câncer de reto, câncer de origem ginecológica, fístula retovaginal, hidronefrose (Síndrome de Warkany) e pielonefrite crônica (Figura 4).

Em 504 estomas (colostomias, ileostomias e urostomias), foram identificados 227 sem complicações (45,0%), 171 com apenas um tipo (33,9%) e 106 com duas ou mais complicações (21,0%), revelando total de 277 estomas com complicações (54,9%).

Uma ou mais complicações foram encontradas em 179 (52,6%) das 340 colostomias e em 73 (62,4%) das 117 ileostomias. Dessa forma, das 457 estomas intestinais,

252 (55,1%) apresentaram complicações, enquanto 25 (53,2%) das 47 urostomias apresentaram pelo menos uma complicação. A dermatite foi a complicação que teve maior percentual entre estomias intestinais e urológicas. (Figura 5).

Complicações	Colostomias n (%)	Ileostomias n (%)	Urostomias n (%)
Dermatite	72 (21,18%)	60 (51,28%)	17 (36,17%)
Retração	41 (12,06%)	20 (17,09%)	9 (19,15%)
Descolamento mucocutâneo	26 (7,65%)	8 (6,84%)	-
Hérnia paraestomal	25 (7,35%)	3 (2,56%)	4 (8,51%)
Adaptação inadequada	23 (6,76%)	15 (12,82%)	2 (4,25%)
Necrose parcial ou total	23 (6,76%)	2 (1,71%)	-
Edema	13 (3,82%)	5 (4,27%)	-
Prolapso	8 (2,35%)	1 (0,85%)	2 (4,25%)
Ferida periestomal	6 (1,76%)	13 (11,11%)	2 (4,25%)
Granuloma	3 (0,88%)	3 (2,56%)	2 (4,25%)
Secreção periestomal	3 (0,88%)	-	-
Abaulamento	1 (0,29%)	-	1 (2,13%)
Dor periestomal	1 (0,29%)	-	-
Sangramento	1 (0,29%)	-	-
Estenose	-	1 (0,85%)	-
Isquemia	-	1 (0,85%)	-

Figura 5. Frequência de complicações em 340 colostomias, 117 ileostomias e 47 urostomias.

DISCUSSÃO

A International Ostomy Association (IOA) faz projeção de que existe uma pessoa com estomia para cada 1.000 habitantes em países com bom nível de assistência médica, podendo ser bem inferior nos países menos desenvolvidos. Estima-se que no Brasil havia mais de 207 mil pessoas com estomias no ano de 2018. Ressalta-se que esta estimativa foi calculada considerando-se as estomias de eliminação⁵.

Dentre todos os pacientes colostomizados, ileostomizados e urostomizados avaliados neste estudo, houve predomínio do sexo masculino, com 6,86 pontos percentuais acima do sexo feminino. Na literatura, há autores que apresentam predomínio do sexo masculino⁶⁻¹¹, enquanto outros observam preponderância do sexo feminino¹²⁻¹⁵. O presente estudo demonstrou ser a neoplasia maligna a principal causa de confecção das derivações, bem como a dermatite a complicação mais frequente nos três estomas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁶, com a progressão da expectativa de vida da população, o número de novos casos de câncer continua aumentando, uma vez que o envelhecimento é um dos principais fatores no processo de oncogênese; isso reflete-se nas médias de idade e

faixas etárias mais elevadas dos pacientes com derivações intestinais e urológicas, como encontrado nesta e em outras pesquisas^{6-15,17}.

No que concerne às estomias intestinais (colostomias e ileostomias), o câncer colorretal foi a principal causa que levou à derivação. A proporção encontrada é consistente com a literatura em diversos estudos, como consequência da alta incidência de câncer intestinal^{6,8-13,15,18-20}. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, no Brasil, o câncer de cólon e reto é o segundo mais frequente tanto no sexo masculino, quanto no feminino, atrás do câncer de próstata e do câncer de mama. Para cada ano do triênio de 2020-2022, estimam-se 20.520 novos casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres²¹. Bray *et al.* e Ferlay *et al.*, avaliando a incidência de 36 tipos de câncer em 185 países diferentes, estimam que um milhão de homens foram acometidos por câncer de cólon e reto no ano de 2018, enquanto ocorreram 800 mil novos casos entre as mulheres^{22,23}.

A maioria dos casos de câncer colorretal está relacionada ao estilo de vida do paciente, como dieta, tabagismo, sedentarismo e obesidade^{21,24,25}. Entretanto, existem fatores de origem hereditária e genética, além da exposição ocupacional, que aumentam o risco de desenvolvimento desse câncer²¹. A idade igual ou superior a 50 anos constitui risco adicional, uma vez que há maior exposição a fatores de risco ao longo dos anos; conseqüentemente, o número de estomias é maior nessa população^{10,16,24,25}. A American Cancer Society, assim como o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estabelecem que a idade avançada é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de cólon e reto, além de outras condições como polipose adenomatosa familiar e doença inflamatória intestinal^{21,25}.

Os resultados desta pesquisa revelam que o perfil clínico dos estomizados corrobora com os achados obtidos em outros estudos relacionados ao tema, em que têm demonstrado predominância das neoplasias malignas, principalmente o câncer colorretal, como principal diagnóstico médico com necessidade de intervenção cirúrgica e confecção de estoma intestinal de eliminação. A Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), a International Ostomy Association (IOA) e a United Ostomy Association (UOA) apontam que

as causas oncológicas predominam na confecção de estoma, entretanto, também são importantes as causas inflamatórias, traumáticas e congênitas¹⁵. Além disso, a derivação intestinal está indicada em casos de obstrução intestinal, perfurações do cólon, traumas, fístulas, proteção de anastomoses e malformações congênitas²⁶⁻²⁸. Identificamos sete casos de ânus imperfurado, o que explica a confecção de colostomia em pacientes de ambos os sexos nos primeiros dias de vida.

Diversas pesquisas apontam que a colostomia é o tipo mais comum de estoma de eliminação, seguido das ileostomias, como foi observado neste estudo^{6-8,10,11,13-15,17,20,25,26}. A maioria das colostomias foi confeccionada de forma terminal e permanente, predominando à esquerda, como encontrado por outros autores^{5,10,12,17,19,20,29}. Muitas vezes, a colostomia terminal é indicada quando há previsão de um estoma de longa duração, como no câncer retal avançado ou em peritonites¹³. Ao contrário das colostomias, as ileostomias foram, na maioria, confeccionadas em alça e de forma temporária, predominando à direita, sendo consistente com a literatura^{13,19,20,29}.

De um total de 457 estomas intestinais, 252 apresentaram uma ou mais complicações (55,1%) e isso é comparável com outros autores, que reportam taxas de complicações variando entre 23,0% e 60,0%^{13,17,26,30}. A literatura revela maior percentual de complicações nas ileostomias em comparação com as colostomias^{6,14,26}, condizente com os achados deste estudo: ileostomias com 62,4% e colostomias com 52,6% de complicações. Isso se explica pelo fato do conteúdo ileal ter consistência líquida e maior volume em relação ao conteúdo colônico, havendo maior facilidade em ser escoado através do estoma, afetando a pele do paciente. Este líquido alcalino provoca graves feridas, o que implica na incorreta adaptação da bolsa à parede abdominal, favorecendo ainda mais o contato do conteúdo com a pele^{27,30}. Evidência disto foi a maior ocorrência de ferida periestomal nas ileostomias (11,1%), quando comparadas às colostomias (1,7%), bem como a ocorrência de dermatite.

A dermatite periestomal foi a complicação mais encontrada nas derivações intestinais (51,2% nas ileostomias e 21,1% nas colostomias), tal qual demonstrado por outros autores. A alta taxa de ocorrência de dermatite tem sido correlacionada à maior

frequência da troca e também ao manuseio inadequado dos equipamentos coletores, podendo ser consequência do longo período de estomização dos pacientes acompanhados^{6,7,13,20,26}. A segunda complicação mais frequente foi a retração, apresentando taxa de 17,1% nas ileostomias e 12,0% nas colostomias, com percentuais semelhantes a outros levantamentos^{6,26,30}. Não há critérios uniformes na literatura para avaliar as causas de retração. Porém, mesentério espessado dificulta a mobilização da alça intestinal e, com panículo bem desenvolvido em pacientes obesos, a tração é exercida na parede intestinal, o que pode levar à retração¹⁷. Por se tratar de pesquisa documental, não foi possível observar se houve dificuldade técnica na confecção do estoma, uma vez que não havia tal descrição nos prontuários.

O prolapso tem ocorrência pouco frequente como complicação de um estoma, podendo estar associado à hérnia paraestomal¹⁹. Nas estomias intestinais analisadas, prolapso obteve um percentual de 2,3% nas colostomias e de 0,8% nas ileostomias, enquanto hérnia paraestomal estava presente em 7,3% das colostomias e 2,5% das ileostomias. Também houve maior ocorrência dessas complicações nas derivações colônicas em relação às ileais em outros estudos^{6,13,14,17,18,26,30}. É importante o acompanhamento dos pacientes estomizados para observar o aparecimento de abaulamentos, hérnias paraestomais e prolapso, complicações que podem surgir ao longo do tempo de permanência do estoma, provocando incômodos, dor e, até mesmo, má adaptação da bolsa.

Adaptação inadequada ocorreu tanto nas estomias intestinais quanto nas urológicas, situando-se em depressões cutâneas, próximas à cicatriz cirúrgica ou umbilical, à crista ilíaca, entre outros acidentes anatômicos, permitindo o vazamento do conteúdo drenado pela estomia. A escolha inadequada do local de confecção do estoma é mais comum em cirurgias de urgência, ressaltando a importância do planejamento pré-operatório para realizar a confecção adequada, o que é vital na qualidade de vida do paciente^{6,14,27,31}.

As urostomias geralmente são realizadas quando há câncer de bexiga ou uretra, anomalias congênitas da bexiga ou alterações da coluna vertebral, como espinha bífida ou defeitos do tubo neural³². Esta pesquisa mostrou que os pacientes com derivação

urinária eram portadores de câncer de bexiga, na maioria. Em 2018, de acordo com Bray *et al.* e Ferlay *et al.*, o câncer de bexiga foi o sexto mais frequente no sexo masculino e o décimo sétimo no sexo feminino^{22,23}. O número de casos novos de câncer de bexiga estimados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 7.590 casos em homens e de 3.050 em mulheres. Esses valores correspondem a risco estimado de 7,23 casos novos a cada 100 mil homens e 2,80 para cada 100 mil mulheres, podendo levar a aumento no número de pacientes urostomizados²¹. Segundo a American Cancer Society²⁵, 90,0% dos casos deste câncer requerem cirurgia, isoladamente ou associada a outras terapias, como imunoterapia ou quimioterapia, podendo, em alguns casos, ser necessária a confecção de urostomia²⁹. A ressecção da bexiga pode ser de forma parcial ou total e, a neoplasia mais avançada pode exigir a remoção completa deste órgão, sendo denominada cistectomia radical^{25,33}. A OMS preconiza que urologistas devem considerar o desvio urinário definitivo para os pacientes que foram submetidos à cistectomia radical por câncer de bexiga invasivo³⁴. Nesta perspectiva, este estudo

mostrou que a totalidade dos pacientes urostomizados eram portadores de derivações permanentes. A taxa de complicação global nas derivações urinárias foi de 53,1%, enquanto que, na literatura, as taxas variam de 20,0% a 65,0%^{20,31,32,35,36}. Condizente com outras análises, a dermatite foi a complicação mais encontrada nas urostomias, com percentual de 36,1. Assim como nas estomias intestinais, a presença de dermatite pode ser consequência da alta frequência da troca e do manuseio inadequado dos equipamentos coletores^{20,31,32}. Na literatura, é raro encontrar a ocorrência de prolapso e a presença de granuloma que, neste estudo, ocorreram em 4,2% dos estomas urinários, complicações que podem estar relacionadas ao longo tempo de permanência das estomias^{6,31,32}.

Diante da alta prevalência de doenças debilitantes e da fragilidade que uma estomia pode causar ao paciente, o serviço interdisciplinar criado para atender pacientes estomizados na região de Juiz de Fora presta serviços relevantes a pacientes com colostomias, ileostomias e urostomias há mais de trinta anos, objetivando proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

ABSTRACT

Objective: to establish the epidemiological profile of ostomized patients treated at the Health Care Service for Ostomy Patients in Juiz de Fora and region (SASPO/JF) and to quantify the pathologies that led to the stoma as well as the ostomy-related complications. **Method:** a retrospective study was carried out with the analysis of 496 medical records of patients registered at HCSOPIJF over 30 years and who remained in at the service in June 2018. The following variables were considered: age, sex, pathology that led to the stoma, type, time, location and complications of stomas. **Results:** 53.43% were male patients and 46.57% female. The average age was 56.24 years among men and 58.40 years among women. Eight patients had two types of ostomies simultaneously and a total of 504 ostomies were as follows: 340 colostomies (67.46%), 117 ileostomies (23.21%) and 47 urostomies (9.33%). Additionally, 47.65% of the colostomies and 76.92% of the ileostomies were temporary, while all urostomies were permanent. In 70.24% of cases, the reason for making the stoma was malignancy. There were 277 stomas with one or more complications (54.96%). **Conclusions:** most of the ostomized patients were over 50 years old and the main diagnosis that led to the stoma was malignancy. Ileostomies had a higher percentage of complications than colostomies and urostomies and, for all types of stomas, the most frequent complication was dermatitis.

Keywords: Ostomy. Postoperative Complications. Colorectal Surgery. General Surgery. Urology.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AL. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Perfil Nutricional de Portadores de Derivação Intestinal: colostomia e ileostomia [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017. 112 p. [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5538>.
2. Santos VLCG. Cuidando do estomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006. 205 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 116, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde-SAI-SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses

- e bolsas de colostomia constantes do anexo único. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1993 Set 15, Seção 1:13793.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009 Nov 16. Seção 1:41.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia. Brasília: Secretaria de Atenção Especializada em Saúde; Departamento de Atenção Especializada e Temática; Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência; 2019. [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/26/GUIA-ESTOMIA-Consulta-Publica-05-06-2019.pdf>
 6. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. Rev bras Coloproct. 2007;27(1):16-9.
 7. Silva CRDT, Andrade EMLR, Luz MHBA, Andrade JX, Silva GRF. Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação. Acta Paul Enferm. 2017;30(2):144-51.
 8. Schwalm MT, Ceretta LB, Farias BM, Bonfanti MDP, Zimmermann KCG, Perfoli R, et al. Perfil das pessoas ostomizadas atendidas na clínica escola de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Rev Iniciação Científica. 2013;11(1):97-105 [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/1626/1538>.
 9. Rubio-Perez I, Leon M, Pastor D, Diaz Dominguez J, Cantero R. Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: An institutional study. World J Gastrointest Surg. 2014;6(9):169-74.
 10. Moraes JT, Assunção RS, Sá FS, Lessa ER, Corrêa LS. Perfil de pessoas estomizadas de uma região de saúde mineira. Enferm Foco. 2016;7(2):22-26 [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/788>.
 11. Oliveira AL, Mendes LL, Netto MP, Leite ICG. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Stoma Quality of Life Questionnaire for Patients With a Colostomy or Ileostomy in Brazil: A Cross-sectional Study. Ostomy Wound Manage. 2017;63(5):34-41.
 12. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Scientia Medica. 2008;18(1):36-30.
 13. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. Colorectal Dis. 2007;9(6):559-61.
 14. Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, Mangam S, Khushal A, et al. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. ANZ J Surg. 2017;87(10):E116-E120.
 15. Freitas Nascimento MV, Oliveira da Vera S, Rodrigues Silva MC, Ferreira de Moraes F, Rangel Andrade EML, Nogueira Bastos SNMA. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. Ciencia y Enfermeira. 2018;24 [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370457444011>.
 16. World Health Organization (WHO). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>.
 17. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Dis. 2003;5(1):49-52.
 18. Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ, Broeders IA, Consten EC. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. Int J Colorectal Dis. 2012;27(8):1095-9.
 19. Cruz GMG, Constantino JRM, Chamone BC, Andrade MMA, Gomes DMBM. Complicações dos Estomas em Câncer Colorretal: Revisão de 21

- Complicações em 276 Estomas Realizados em 870 Pacientes Portadores de Câncer Colorretal. *Rev bras Coloproct.* 2008;28(1):050-061.
20. Dantas FG, Souza AJG, Melo GSM, Freitas LS, Lucena SKP, Costa IKF. Prevalência de complicações em pessoas com estomias urinárias e intestinais. *Revista Enfermagem Atual.* 2019;82(20):55-61 [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/304>.
 21. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2019.
 22. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
 23. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Pineros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer.* 2019;144(8):1941-1953.
 24. Guimarães RM, Muzi CD, Boccolini CS, Boccolini PMM, Boeira SF. Tendência da mortalidade por câncer de cólon e reto no Brasil segundo sexo, 1980-2009. *Cad Saúde Colet.* 2012;20(1):121-7.
 25. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2019.* Atlanta: American Cancer Society; 2019.
 26. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, et al. Stoma complications: The Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum.* 1999; 42(12):1575-1580.
 27. Rocha J. Estomias intestinais - (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2011;44(1):51-6 [acesso em 06 abr 2020]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47335>.
 28. Santos OJ, Filho ENS, Filho AKDB, Desterro VS, Silva MVT, Prado RPS, et al. Children and adolescents ostomized in a reference hospital. *Epidemiological profile. J Coloproctol.* 2016;36(2):75-79.
 29. Burch J. Stoma complications: an overview. *Br J Community Nurs.* 2013;18(8):375-378.
 30. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I, et al. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Dis.* 2005; 7(3):279-285.
 31. Nordström GM, Borglund E, Nyman CR. Local status of the urinary stoma--the relation to peristomal skin complications. *Scand J Urol Nephrol.* 1990; 24(2):117-22.
 32. Nazarko L. Caring for a patient with a urostomy in a community setting. *Br J Community Nurs.* 2008;13(8):354-361. Erratum in: *Br J Community Nurs.* 2009 Feb;14(2):59.
 33. Kataja VV, Pavlidis N, ESMO Guidelines Task Force. ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of invasive bladder cancer. *Ann Oncol.* 2005;16(Suppl 1):i43-44.
 34. World Health Organization (WHO) Consensus Conference on Bladder Cancer. Hautmann RE, Abol-Enein H, Hafez K, Haro I, Mansson W, Mills RD, et al. Urinary diversion. *Urology.* 2007;69(Suppl 1A):17-49.
 35. Singh G, Wilkinson JM, Thomas DG. Supravesical diversion for incontinence: a long-term follow-up. *Br J Urol.* 1997;79(3):348-53.
 36. Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, Thoeny HC, Burkhard F, Hochreiter W, et al. Long-term outcome of ileal conduit diversion. *J Urol.* 2003;169(3):985-90.

Recebido em: 29/05/2020

Aceito para publicação em: 17/08/2020

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: não.

Endereço para correspondência:

Mauro Toledo Sirimarco

E-mail: maurots@terra.com.br

