



REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM ESTOMIA INTESTINAL: REVISÃO INTEGRATIVA

REHABILITATION OF PEOPLE WITH INTESTINAL STOMY: INTEGRATION REVIEW

REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ESTOMA INTESTINAL: REVISIÓN INTEGRADORA

Vanessa Damiana Menis Sasaki¹, André Aparecido da Silva Teles², Mariza Silva de Lima³, Jéssica Cristina Costa Barbosa⁴, Beatriz Braga Lisboa⁵, Helena Megumi Sonobe⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica nacional e internacional sobre a reabilitação do estomizado intestinal e as implicações para a assistência. **Método:** revisão integrativa com a pergunta: quais os aspectos explorados pela produção científica nacional e internacional sobre a reabilitação do estomizado intestinal? A busca foi realizada com os descritores reabilitação, estomia, autocuidado e assistência de enfermagem, nas bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE e Pubmed. **Resultados:** amostra de 14 artigos, 10 com nível de evidência VI, além de quatro artigos com evidência IV, III, II e VII, respectivamente. A reabilitação deve ser iniciada no hospital com assistência especializada multidisciplinar ao estomizado e sua família, ensino do autocuidado com a estomia e equipamento coletor, bem como estratégias para o retorno laboral; não houve explicitação conceitual sobre reabilitação. **Conclusão:** há necessidade de estudos com delineamentos para estabelecer evidências fortes e um referencial teórico de reabilitação para essa clientela. **Descritores:** Estomia; Cuidados de Enfermagem; Autocuidado; Reabilitação; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the national and international scientific production on the rehabilitation of intestinal stomas and the implications for care. **Method:** an integrative review with the question: What aspects explored by the national and international scientific production on the rehabilitation of intestinal stomas? The search was performed with the descriptors rehabilitation, stoma, self-care and nursing care in the databases BDNF, LILACS, MEDLINE and Pubmed. **Results:** a sample of 14 articles, 10 with the level of evidence VI, besides four articles with evidence IV, III, II, and VII, respectively. Rehabilitation should be started at the hospital, with specialized multidisciplinary assistance to the patient with a stoma and his family, teaching self-care with the stoma and collecting equipment, as well as strategies for a return to work. There was no conceptual explication about rehabilitation. **Conclusion:** there is a need for studies with guidelines to establish strong evidence and a theoretical framework of rehabilitation for this patients. **Descriptors:** Ostomy; Nursing Care; Self Care; Rehabilitation; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: analizar la producción científica nacional e internacional sobre la rehabilitación del paciente con estoma intestinal y las implicaciones para la asistencia. **Método:** revisión integradora con la pregunta: ¿Cuáles son los aspectos explorados por la producción científica nacional e internacional sobre la rehabilitación del paciente con estoma intestinal? La búsqueda fue realizada con los descriptores rehabilitación, estoma, autocuidado y asistencia de enfermería, en las bases de datos BDNF, LILACS, MEDLINE y Pubmed. **Resultados:** muestra de 14 artículos, 10 con nivel de evidencia VI, además de cuatro artículos con evidencia IV, III, II y VII, respectivamente. La rehabilitación debe ser iniciada en el hospital, con asistencia especializada multidisciplinaria al paciente con estoma y su familia, enseñando el autocuidado con la estoma y equipamiento colector, así como estrategias para el retorno laboral; no hubo explicitación conceptual sobre rehabilitación. **Conclusión:** hay necesidad de estudios con delineamientos para establecer evidencias fuertes y un referencial teórico de rehabilitación para esta clientela. **Descriptors:** Ostomía; Atención De Enfermería; Autocuidado; Rehabilitación; Educación en Salud.

¹Enfermeira Estomaterapeuta, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: vdms@usp.br; ²Enfermeiro, Membro do Grupo de Estudo da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos Oncológicos, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: andreado80@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: marizalima_saude@hotmail.com; ⁴Graduanda do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: jessica.cristina.barbosa@usp.br; ⁵Psicóloga, Membro do Grupo de Estudo da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos Oncológicos, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: biia.braga@hotmail.com; ⁶Enfermeira Estomaterapeuta, Professora Doutora, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: megumi@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Diversas causas levam à confecção de uma estomia intestinal, dentre elas a principal é o câncer colorretal (CCR) e as doenças inflamatórias intestinais. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o CCR é considerado o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens e o segundo para as mulheres. Estima-se para 2016-2017, no Brasil, 16.660 novos casos de CCR em homens e 17.620 em mulheres.¹

O procedimento cirúrgico é considerado a intervenção terapêutica primária do CCR e, em sua maioria, envolve ressecção tumoral com anastomose com margem de segurança, mantendo a via de eliminação anal. No entanto, em casos de tumores malignos (estadiamento III e IV) localizados nas porções do reto médio e baixo, a anastomose não é tecnicamente possível, sendo necessária a confecção de uma estomia intestinal, que consiste no desvio definitivo do efluente colônico, com fixação na parede abdominal. A porção exteriorizada pode ser do íleo ou do cólon, denominadas respectivamente, ileostomia e colostomia.²

Após o procedimento cirúrgico, o estomizado vivencia desafios para o alcance da reabilitação, dentre estes a alteração do seu corpo, podendo desencadear sentimentos como vergonha, insegurança, depressão, desgosto, ódio, repulsa e não aceitação da sua nova condição, mesmo que tenha entendimento da necessidade da confecção da estomia como resolução de seu problema de saúde. Por outro lado, a utilização dos equipamentos coletores dificulta o convívio social, pois há preocupação com eliminação de gases, odor, vazamento de fezes e desconforto físico, fazendo com que o estomizado adote uma postura de distanciamento, isolamento da convivência social e do ambiente de trabalho, levando-o até a aposentadoria por invalidez. Esta visão pessimista de si pode dificultar a assistência dessa clientela, já que pode influenciar no aprendizado do autocuidado, na recuperação fisiológica e no alcance da reabilitação pós-operatória.³⁻⁵

Conceitualmente, reabilitação é o processo que visa alcançar e manter a condição física, sensorial, intelectual, psicológica e social em níveis funcionais com o oferecimento às pessoas com deficiência de ferramentas com as quais possam alcançar a independência e o autocuidado.⁶ Sendo assim, o processo de reabilitação deve priorizar os cuidados,

minimizando os prejuízos e as incapacidades, focalizado para a recuperação e direcionado para o alcance de bem-estar da pessoa.⁶

Assim, a reabilitação do estomizado intestinal é considerada um processo educativo, criativo, dinâmico e progressivo, que objetiva o aproveitamento máximo das chamadas capacidades residuais ou potencialidades da pessoa para a sua reintegração ao meio social, ou seja, o desenvolvimento de habilidades para as atividades fundamentais do dia a dia, que lhe permitam viver como ser social.⁷⁻⁸

A reabilitação é um aspecto primordial para a sobrevivência, principalmente das pessoas com doença oncológica, pois envolve desde o momento do diagnóstico até a vida toda da pessoa, com inclusão dos familiares e cuidadores.⁹ E para tanto, há necessidade de assistência especializada, que deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar e com infraestrutura adequada, conforme disposto na Portaria nº 400 do Ministério da Saúde de 2009.¹⁰ Dentre os profissionais dessa equipe, a enfermagem tem papel preponderante, visto que esta participa diretamente de todas as situações de atendimento dessa clientela, além de maior tempo de cuidado, com oportunidade de criar maior vínculo e identificar as necessidades específicas. As recomendações fornecidas estão relacionadas ao procedimento cirúrgico e suas consequências, ou seja, as mudanças de hábitos alimentares, de higiene e identificação de possíveis complicações para o alcance da maior independência possível para cada pessoa e com máxima adaptação a sua nova condição.⁴

OBJETIVO

- Analisar a produção científica nacional e internacional sobre a reabilitação do estomizado intestinal e as implicações para a assistência.

MÉTODO

Revisão integrativa, fundamentada na Prática Baseada em Evidências (PBE), para análise de pesquisas relevantes para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Possibilita o conhecimento integrado de um determinado assunto e na enfermagem contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como lacunas e reflexões sobre futuros estudos para a melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar, assim como no desenvolvimento de protocolos de atendimento. Para tanto, seguimos as seguintes etapas para a realização

deste estudo: identificação de problema com definição da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e/ou exclusão de estudos para a busca de literatura científica; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.¹¹

A pergunta norteadora deste estudo foi: quais os aspectos explorados pela produção científica nacional e internacional sobre a reabilitação do estomizado intestinal? E quais as suas implicações para a assistência dessa clientela?

Os critérios de inclusão dos estudos nesta revisão integrativa foram artigos indexados nas bases de dados BDNF (Base de Dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e na biblioteca virtual PUBMED (Public/Publisher Medline), publicados em português, inglês e espanhol, nos últimos dez anos (2005 a 2015), obtidos na íntegra pelo acesso digital ou impressos via Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e que abordassem os aspectos relacionados à reabilitação do estomizado intestinal.

A busca em todas as bases de dados foi realizada por meio de cruzamentos entre os descritores reabilitação, estomia, autocuidado e assistência de enfermagem. Nas bases de dados BDNF, obtivemos 125 artigos científicos; na LILACS, 170 artigos; na MEDLINE, 874; e na biblioteca virtual PUBMED, 85 artigos científicos; sendo um total de 1.254 artigos.

Após leitura dos títulos e resumos, mediante os critérios de inclusão estabelecidos, 306 publicações foram pré-selecionadas. Com a leitura minuciosa, a amostra final deste estudo foi constituída por 14 artigos científicos (Quadro 1), sendo sete pertencentes à biblioteca virtual PUBMED, um somente nas bases de dados LILACS e MEDLINE, respectivamente; além de cinco duplicados nas bases LILACS, MEDLINE e BDNF, e na biblioteca virtual PUBMED.

A análise da amostra foi realizada por meio da categorização dos estudos selecionados em relação aos aspectos abordados, ao nível de evidência, conceito de reabilitação adotado e ao ano de publicação.

Quanto às evidências dos estudos, estes foram classificados em sete níveis: no nível I: estudos de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados;

nível II: estudos de ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III: estudos de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV: estudos de coorte e de caso-controle bem delineados (não experimental); nível V: estudos de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI: evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas.¹²

RESULTADOS

Referente ao ano de publicação, identificamos uma produção em 2005 e 2006, duas produções em 2007, 2012 e 2014, seis produções em 2013 e nenhuma produção posterior, o que indica a baixa produção sobre a temática nesse período. Dos catorze artigos analisados, oito foram publicados no idioma inglês e seis no português. Quanto aos níveis de evidência, foram identificados dez artigos com nível de evidência VI (derivados de um único estudo descritivo ou qualitativo), um artigo de nível IV (caso-controle bem delineado - não experimental), um artigo de nível III (ensaio clínico bem delineado sem randomização), um artigo com nível II (ensaio clínico randomizado controlado bem delineado) e um com nível VII (opinião de autoridades e ou relatórios de comitês de especialistas).

O A1 quantitativo descritivo com 59 estomizados em um Núcleo de Ostomizados relacionou reabilitação com entendimento da estomia para preservar a saúde, assim como o planejamento da assistência ao estomizado por uma equipe multidisciplinar (enfermeiro estomaterapeuta, assistente social, psicólogo e médico) para proporcionar uma assistência integral [nível de evidência VI].¹³

O A2 qualitativo com 10 pacientes com estomia intestinal, entrevistados no 30º e 90º dia após a alta hospitalar, cujo processo de desenvolvimento da autonomia pessoal incluiu as etapas do procedimento cirúrgico e ensino perioperatório pela equipe médica e de enfermagem, ressaltou a necessidade de reorientação sobre a troca da bolsa coletora e encaminhamento para outros serviços na alta hospitalar; no domicílio, houve necessidade de conhecimento e adaptações pelos cuidadores/familiares; busca de novas orientações em outros serviços de saúde; houve apoio e superproteção dos familiares nos 30 dias após a alta, estimulados para assumir o autocuidado com retorno parcial das atividades cotidianas até os 90 dias após a

alta, em que passaram a frequentar locais públicos habituais [nível de evidência VI].¹⁴

O A3 de dois estomizados que foram avaliados e orientados sobre o ensino do autocuidado antes da alta hospitalar, ambos desenvolveram independência no autocuidado contribuindo para o alcance de sua reabilitação, contudo não houve explicitação de um protocolo de ensino [nível de evidência VII].¹⁵

O A4 quantitativo descritivo com 54 colostomizados definitivos evidenciou que alto nível de conhecimento sobre o autocuidado com a estomia intestinal e equipamentos coletores possibilita independência com maior adaptação psicossocial, comparativamente àqueles com menor conhecimento, uma vez que estes apresentaram maior dependência de familiares no autocuidado [nível de evidência VI].¹⁶

Artigo (A) e ano	Título	Aspectos abordados e nível de evidência	Periódico
A1. (2005) ¹³	Abordagem multidisciplinar do oostomizado	Atendimento multidisciplinar especializado (nível VI)	Revista Brasileira de Coloproctologia
A2. (2013) ¹⁴	Viver com estoma intestinal - a construção da autonomia para o cuidado	Processo de desenvolvimento da autonomia, com enfoque fisiológico (nível VI)	Revista Latino-Americana de Enfermagem
A3. (2012) ¹⁵	How do we promote independent ostomy management for people with disability?	Independência com ensino do autocuidado, com enfoque fisiológico (nível VII)	Rehabilitation Nursing
A4. (2013) ¹⁶	The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy - a descriptive study	Adaptação psicossocial melhora com conhecimento e habilidade para o autocuidado (nível VI)	Wound Management
A5. (2013) ¹⁷	Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients	Seguimento por telefone pelo estomaterapeuta melhora o nível de adaptação devido ao aumento da habilidade do autocuidado com a estomia (nível II)	Cancer Nursing
A6. (2014) ¹⁸	Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with na intestinal stoma: a quantitative study	Interações em grupo aumentam a adaptação social do estomizado (nível III)	Journal of Clinical Nursing
A7. (2007) ¹⁹	Adjustament to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships.	A adaptação do estomizado depende da autoeficácia e aceitação da estomia, do relacionamento interpessoal e da localização da estomia (nível VI)	Journal of Advanced Nursing
A8. (2013) ⁹	Surviving colorectal cancer-Long-term, persistent ostomy specific concerns and adaptations	Necessidade psicossocial vinculada aos cuidados com estomia e suas repercussões cotidianas (nível VI)	Journal Wound Continence Nursing
A9. (2006) ²⁰	O significado da mudança no modo de vida do estomizado intestinal definitivo	Modificações no modo de vida do estomizado e as estratégias de enfrentamento para a adaptação (nível VI)	Latino Americana de Enfermagem
A10. (2013) ²¹	Development of a chronic care ostomy self management program	Programa educativo sobre autocuidado após alta hospitalar (nível VI)	Journal Cancer Education
A11. (2012) ²²	Evaluation of the Expert Patient Program in a Chinese Population With Permanent Colostomy	Programa educativo após alta hospitalar contribui para o conhecimento, autoeficácia, autogerenciamento da estomia e adaptação social (nível IV)	Cancer Nursing
A12. (2007) ²³	A relevância da rede de apoio ao estomizado	Necessidade das redes de apoio para reabilitação (nível VI)	Revista brasileira de enfermagem
A13. (2013) ²⁴	O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estomia	Necessidade de informações para o retorno à atividade laboral (nível VI)	Escola Anna Nery (impr)
A14. (2014) ²⁵	Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada	Necessidade de informações para o retorno à atividade laboral (nível VI)	Revista Brasileira de enfermagem

Figura 1. Síntese da amostra. Ribeirão Preto (SP), Brasil (2016)

O A5 randomizado e controlado com 103 estomizados (51 do grupo controle e 52 do grupo experimental) apontou que seguimento telefônico por estomaterapeuta melhorou significativamente o nível de adaptação do estomizado intestinal, sua autoeficácia e satisfação com autocuidado sem complicações, quando comparado àqueles que receberam as orientações padrões na alta hospitalar. No entanto, a adaptação foi conquistada com desenvolvimento de habilidade, confiança e competência para o autocuidado, além do suporte emocional e de informações telefônicas [nível de evidência II].¹⁷

O A6 quase-experimental com 50 estomizados (27 do grupo controle e 23 do grupo experimental) mostrou que a participação nos grupos de interação durante seis semanas resultou em melhor adaptação social, pois receberam apoio psicológico e aprenderam como resolver problemas diários com a estomia em relação ao grupo controle. É recomendável a utilização desta estratégia no atendimento dessa clientela [nível de evidência III].¹⁸

O A7 quantitativo com 51 colostomizados com seis meses de pós-operatório correlacionou a alta eficácia, a aceitação, o relacionamento interpessoal, a localização da estomia com a sua adaptação. No entanto, gerenciamento da estomia não é suficiente para a adaptação psicossocial e retorno às atividades cotidianas, e a não aceitação e a ausência de relacionamento interpessoal refletem negativamente na adaptação pós-operatória [nível de evidência VI].¹⁹

O A8 qualitativo com 33 estomizados intestinais acima de 5 anos destacou as principais preocupações ao longo do adoecimento, sendo elas a restrição de vestuário, dieta, equipamentos coletores, autocuidado com a estomia e a constante necessidade de adaptações para favorecer a adaptação a sua nova condição [nível de evidência VI].²⁰

O A9 qualitativo com 10 estomizados intestinal definitivo teve como principais modificações de vida os sinais e sintomas da doença e estomização; convívio com a estomia, o equipamento coletor e a adaptação no uso do equipamento coletor; o enfrentamento das repercussões em todos os aspectos da vida, além do desafio de enfrentar a morte e repensar perspectivas futuras; necessidades de rede de apoio: crenças religiosas e espirituais, família e associação dos estomizados. As principais estratégias utilizadas foram repressão,

negação, substituição, normalização e disfarce, entre outras [nível de evidência VI].²¹

O A10 quantitativo sobre a implantação do Programa de autogerenciamento de cuidados crônicos para estomizados com duração de seis semanas para paciente e familiar, com ênfase no ensino pós-operatório pelo estomaterapeuta, sendo que a adaptação foi influenciada pelo autogerenciamento, apoio psicossocial da família e do suporte profissional especializado [nível de evidência VI].²²

No A11 de intervenção não experimental (pré e pós-teste) com 81 estomizados com até três anos de estomia, o programa de três semanas oferecido por estomizados expertises contribuiu para a melhora significativa da adaptação psicossocial, autogerenciamento, autoeficácia dos cuidados e conhecimento sobre a estomia, além de suscitar emoções positivas e otimismo na maioria dos participantes [nível de evidência IV].²³

O A12 qualitativo com 10 estomizados intestinais definitivos há mais de um ano descreveu as principais redes de apoio: crenças religiosas e espirituais para os momentos de maior dificuldade; a família os amparou em todas as fases da doença e que a Associação dos Ostomizados constituiu um espaço de recursos materiais, de informação e de interação social [nível de evidência VI].²⁴

O A13 qualitativo com 20 estomizados definitivos há mais de um ano em reabilitação evidenciou que apenas cinco (5) estomizados receberam orientações por enfermeiros em relação ao retorno laboral, pois estes não tinham domínio sobre as leis trabalhistas para o estomizado. O processo de reabilitação deverá incluir o retorno às atividades de vida diária, como o trabalho, e não somente focalizar os aspectos fisiológicos [nível de evidência VI]. No A14, evidenciou-se a perda do controle esfinteriano e os constrangimentos devido ao extravasamento do efluente em público, as barreiras arquitetônicas dos locais de trabalho, condições inadequadas para a higienização da bolsa coletora, as dificuldades de acesso e adaptação aos equipamentos coletores, barreiras psicossociais em razão do medo do preconceito, como os fatores dificultadores para o retorno ao trabalho. E os aspectos que favorecem a atividade laboral: fornecimento de ambientes laborais adequados para atender às demandas específicas do estomizado, por exemplo, a presença de banheiros higiênicos limpos e adaptados; e flexibilidade de horário de trabalho para comparecimento às consultas

da equipe de saúde. O retorno laboral do estomizado requer ação de uma rede de apoio formada pelos governantes, profissionais de saúde, educadores, empregadores, colegas de trabalho, familiares e toda a sociedade [nível de evidência VI].²⁵

DISCUSSÃO

A análise da amostra evidenciou que o processo de reabilitação do estomizado intestinal deve ser iniciado durante a fase hospitalar por meio de assistência especializada com abordagem sobre a nova condição de saúde, os cuidados com a estomia e equipamento coletor para que o estomizado e sua família participem do alcance da adaptação necessária. Isto favorecerá a independência para o autocuidado e consequentemente possibilitará a retomada das atividades cotidianas, conforme as capacidades e limitações de cada pessoa. Por outro lado, as redes de apoio auxiliam no enfrentamento da doença e tratamentos através do incentivo de retorno às atividades cotidianas, e quando este sentir-se confiante e seguro da sua condição de saúde, ocorre o retorno laboral, com melhora de sua autoestima e valorização de si novamente.^{9,13-6,21,23-5}

A assistência perioperatória multidisciplinar e as políticas públicas de saúde são fundamentais, pois garantem a atenção integral à saúde das pessoas com estomia intestinal por meio de uma estrutura especializada, que inclui área física adequada, recursos materiais específicos e profissionais capacitados, bem como intervenções nas diferentes etapas de reabilitação.^{10,13} O reconhecimento legal em 2004 sobre a deficiência do estomizado assegurou direitos para aquisição de equipamentos coletores, direitos previdenciários e sociais, além da assistência especializada. Há necessidade de maior investimento dos profissionais em relação à implementação de estratégias para oferecer suporte também a esses aspectos da vida para essas pessoas, principalmente em relação às limitações em várias esferas de sua vida, tanto social como pessoal.^{4,26}

Ressaltamos a necessidade de adoção conceitual quanto à autonomia e independência, uma vez que as intervenções educativas deverão levar em consideração a demanda de necessidades de cuidados desses pacientes e esses conceitos definem os objetivos e as adequações das intervenções educativas.^{14,15}

Conceitualmente, autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar

decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. Já a independência é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.²⁷ Acreditamos que, para o estomizado intestinal, o conceito de autonomia citado no A2 nem sempre é viável, pois ele não terá autonomia suficiente para tomar as decisões sobre o seu tratamento, mas desenvolverá habilidade que o tornará independente para as atividades cotidianas, sendo importante o autocuidado.

O autocuidado é fundamental para a reabilitação,¹⁴⁻⁷ pois o entendimento sobre a estomia favorece a independência do estomizado, que está vinculado ao autocuidado por aumentar a segurança deste para voltar as suas atividades de vida diária e consequentemente alcançará a adaptação psicossocial.

O ensino ao paciente e família deve ser iniciado no pré-operatório, visto que facilita a adaptação diante da nova situação, porém devemos respeitar o tempo interno destes quando se sentirem capazes para aprender.³ No entanto, a reabilitação ocorre mais rapidamente quando o autocuidado é assumido desde o início.⁴ Há necessidade de intervenções educativas que respeitem a demanda destes ao longo do tratamento sobre cuidados específicos e individualizados para facilitar na reabilitação física e psicológica do estomizado.²⁸ O seguimento telefônico pelo estomaterapeuta após a alta hospitalar e as interações em grupo são estratégias que favorecem a adaptação psicossocial.¹⁷⁻¹⁸

O alcance da adaptação pelas pessoas com estomia é o enfoque primário do cuidado, que é favorecido naqueles que conseguem lidar com o seu diagnóstico e têm relacionamento interpessoal satisfatório. No entanto, as repercussões do adoecimento e da estomização podem constituir um desafio para o paciente e família^{17,19}. A adaptação significa ajustar toda uma vida em um novo contexto, em que aspectos importantes, muitas vezes, precisam ser abandonados, substituídos ou reduzidos.²⁰ Embora a confecção da estomia seja um procedimento que salve a vida, pode causar problemas físicos, psicológicos, sociais e sexuais. Esses aspectos afetam a sua adaptação, pois devido a sua aparência física alterada e à falta do controle intestinal ocorre o isolamento pessoal e social.¹⁸

Sentimentos de insegurança e dificuldades podem ocorrer quando a pessoa e o familiar

retornam ao domicílio e não estão completamente seguros em relação ao autocuidado e prevenção de possíveis complicações.⁴ A assistência de enfermagem no processo de reabilitação objetiva auxiliar a pessoa a se tornar independente, o máximo dentro de suas condições, promover e incentivar o autocuidado por meio de intervenções educativas, preparando-a para o retorno para a vida social e familiar. O suporte profissional e as redes de apoio potencializam a adequação das capacidades e estratégias na retomada das atividades sociais e familiares.

Mesmo após muitos anos da estomização, há persistência de preocupações que deverão ser sanadas ao longo da reabilitação⁹ para que o estomizado intestinal consiga realizar o autogerenciamento do cuidado²¹ e para tanto há necessidade de seguimento profissional nos primeiros seis meses de pós-operatório, já que esse é o momento considerado mais difícil. O aprendizado do autocuidado nem sempre é possível no ambiente hospitalar porque muitos pacientes estão em fase catabólica e, portanto, há necessidade de uma formação de grupos educativos para estomizados e familiares com a participação do estomaterapeuta em nível secundário cuja estratégia de um guia específico para os cuidados com a estomia e equipamentos coletores pode assegurar a recuperação pós-operatória e, posteriormente, o alcance da reabilitação.³ Isto será fundamental na transição hospital-domicílio para a prevenção de complicações e recuperação fisiológica.

Por outro lado, são necessárias estratégias para que o estomizado intestinal possa lidar com a sua nova condição,²³ uma vez que este se afasta do convívio social em virtude da alteração da imagem corporal ao julgar-se diferente por apresentar as características de deformidade física, diferente da padronização social, e esse comportamento é denominado de estigma.²⁹ Dessa maneira, o apoio social e o suporte profissional possibilitam a troca de informações para que se sintam mais seguros. Portanto, o papel social e capacidade de corresponder às expectativas sociais são fontes de preocupação e, para tanto, o conceito de normalidade passa a ser reelaborado. Essa normalidade é o gerenciamento das adaptações necessárias decorrentes da estomização à vida dessas pessoas.

Ressaltamos que para a reabilitação desse paciente o retorno às atividades laborais é imprescindível.²⁴⁻²⁵ Na prática não é costume observarmos orientações sobre o retorno

laboral, uma vez que muitos profissionais não julgam necessário. No entanto, só podemos dizer que o estomizado está completamente reabilitado quando estiver adaptado a sua nova condição e reconquistado a confiança e segurança para retomar as atividades sociais e laborais, tendo muitos desafios a serem vencidos, pois isso requer a ampliação de condições ambientais e laborais. A manutenção de higienização e de equipamentos coletores, assim como o seguimento especializado, são aspectos fundamentais para o retorno às atividades profissionais.¹⁰ Isso requer a intervenção de profissionais de diversas áreas, como da saúde, direito, serviço social, nutrição, psicologia, fisioterapia, dentre outros, para assegurar os direitos legais, reconhecidos por todas as instâncias públicas.

O retorno ao trabalho contribui no processo de reabilitação, uma vez que os estomizados sentem-se socialmente ativos e importantes, pois voltam a conviver com outros indivíduos além de seus familiares e amigos. Além disso, isto o tornará ativo para o sustento financeiro de sua família, com melhora de sua autoestima e segurança. Porém, é importante destacar que a participação do enfermeiro no processo de inclusão social do estomizado é fundamental, seja nos ambientes dos serviços de saúde, nos domicílios e/ou nos ambientes laborais, por ter maior tempo de contato e possibilidade de obter mais dados sobre essa clientela.²⁴

Mediante a análise da amostra deste estudo, é possível tecer as recomendações de intervenções em relação ao paciente e familiar, que devem ser assistidos por uma equipe multidisciplinar no perioperatório, com ênfase no ensino para o autocuidado antes da alta hospitalar, pois estes deverão estar aptos a realizar tanto a higiene da estomia como a troca e manutenção do equipamento coletor no domicílio. Também deverão ser encaminhados ao Programa dos Ostomizados para cadastro e seguimento especializado e para a Associação dos Ostomizados com o intuito de favorecer a troca de experiências com outras pessoas na mesma condição.^{9,13-6,28}

As implicações dessas evidências para a assistência multidisciplinar com a finalidade de favorecer a reabilitação se referem ao desenvolvimento de estratégias de suporte individual ao estomizado com a participação da família, estimular e valorizar as redes de apoio, bem como a expressão de sentimentos e necessidades, para auxiliá-los no estabelecimento de estratégias que facilitam o entendimento e o enfrentamento do

adoecimento. Implantar um programa que proporciona habilidades para o autogerenciamento da nova condição nos primeiros seis meses após a cirurgia. Realizar o seguimento telefônico pelo estomaterapeuta pode constituir uma intervenção eficiente, de baixo custo e acessível aos pacientes que necessitam de suporte para adaptação pós-operatória. Os serviços especializados devem oferecer capacitação profissional para melhor atendimento dessa clientela, assim como implementação de políticas públicas para que as demandas psicossociais dessas pessoas sejam asseguradas. ^{4,17,21,24-25}

CONCLUSÃO

As evidências da produção científica nacional e internacional sobre a reabilitação do estomizado intestinal indicam a necessidade de o processo de reabilitação ser iniciado na fase hospitalar, com assistência especializada para que o estomizado e sua família entendam sobre a nova condição de saúde, bem como o autocuidado com a estomia e equipamento coletor. Dessa forma, haverá o alcance da independência com o gerenciamento da nova condição e retomada das atividades de vida diária, considerando as suas capacidades e limitações.

A reabilitação reúne um conjunto de aspectos que deverão ser retomados de maneira processual ao longo da sobrevivência do estomizado, que extrapola a dimensão do ensino do autocuidado da estomia e manejo de equipamentos coletores e adjuvantes, pois a independência e, por conseguinte, a autonomia serão reconquistadas por meio do suporte multiprofissional, da rede de apoio e com a implementação de políticas públicas de saúde. Contudo, não houve explicitação conceitual de reabilitação em nenhum artigo da amostra.

Essas evidências contribuem para o planejamento da assistência multidisciplinar, nos diferentes contextos de atendimento à saúde e para a pesquisa, visto que devemos desenvolver estratégias de suporte ao estomizado com a participação da família, uso das redes de apoio, implantar um programa para o autogerenciamento da estomia nos primeiros meses após a cirurgia, incentivar as interações em grupo e realizar o seguimento telefônico pós-alta. É responsabilidade dos serviços especializados oferecer educação permanente e implementar as políticas públicas para melhorar o atendimento dessa clientela.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância; Rio de Janeiro: INCA [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 15]. Available from: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>
2. Rocha JJR. Estomias intestinais - (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 15];44(1):51-6. Available from: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simposio_Estomias%20intestinais.pdf
3. Sonobe HM, Barichello L, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. Rev Bras Canc [Internet]. 2002 [cited 2016 Feb 15];48(3):341-8. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf
4. Lenza NFB, Sonobe HM, Zago MMF, Buetto LS. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. Rev Eletr Enf [Internet]. 2013 July-Sept [cited 2016 Feb 15];15(3):755-62. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a18.pdf
5. World Health Organization (WHO). Community-based rehabilitation: CBR guidelines; Geneva [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/160/9789241548052_por.pdf?ua=1
6. Rochette A, Korner-Bitensky N, Levasseur M. Optimal participation: a reflective look. Disabil Rehabil [Internet]. 2006 [cited 2016 Feb 15];28:1231-5. https://www.researchgate.net/publication/6790121_Optimal_participation_A_reflective_look
7. Gutenbrunner C, Ward, AB, Chamberlain, MA. White Book on Physical Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 15]; 39(1). Available from: <http://www.minervamedica.it/it/getfreeepdf/jwx%252BFtolaifqteryJfYG0UuQcDSfxvzjjZ4v9ky0LddChO7R4hmVDdwGjtL6ysUEgZsG7VQaY4TbOw%252BpGuEPpw%253D%253D/R33Y2006N04A0287.pdf>
8. Shin DW, Cho B, Kim S, Jung JH, Park JH. Management of cancer survivors in clinical and Public Health perspectives: current status and

future challenges in Korea. J Korean Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 15];28:651-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653075>

9. Sun V, Grant M, Krouse RS. Surviving colorectal cancer- Long-term, persistent ostomy specific concerns and adaptations. J Wound Continence Nurs [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Feb 15];40(1):61-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3536890/pdf/nihms416537.pdf>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 [Internet]. 2009 [cited 2016 Feb 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sa/2009/prt0400_16_11_2009.html

11. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 15];48(2):335-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_080-6234-reeusp-48-02-335.pdf

12. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 15];110(5):41-7. Available from: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

13. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. Rev Bras Coloproct [Internet]. 2005 [cited 2016 Feb 15];25(2):146-49. Available from: http://www.jcol.org.br/pdfs/25_2/05.pdf

14. Poletto D, Silva DMGV. Viver com estoma intestinal - a construção da autonomia para o cuidado. Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Mar-Apr [cited 2016 Feb 15];21(2):[08telas] Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0531.pdf

15. Zeigler M. How do we promote independent ostomy management for people with disability? Rehabil Nurs [Internet]. 2012 March-Apr [cited 2016 Feb 15];37(2):53-5. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/RNJ.00009/epdf>

16. Cheng F, Meng AF, Yang LF, Zhang YN. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a

permanent colostomy - a descriptive study. Ostomy Wound Manag [Internet]. 2013 July [cited 2016 Feb 15]:35-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23846005>

17. Zhang J, Wong FKY, You L, Zheng M, Li Q, Zhang B, et al. Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. Câncer Nurs [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 15];36(6):419-28. Available from: http://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2013/11000/Effects_of_Enterostoma_Nurse_Telephone_Follow_up.2.aspx

18. Karabulut HK, Dinç L, Karadag A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with na intestinal stoma: a quantitative study. J Clin Nurs [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 15];23:2800-13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12541/epdf>

19. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LLM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. J Adv Nurs [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 15];60(6):627-35. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x/epdf>

20. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2006 Jul-Aug [cited 2016 Feb 15];14(4):483-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a03.pdf>

21. Grant M, Mccorkle CS, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self management program. J Cancer Educ [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Feb 15];28(1):70-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578127/?report=reader>

22. Cheng F, Xu G, Daí X, Yang L. Evaluation of the expert patient program in a chinese population with permanent colostomy. Cancer Nurs [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 15];35(1):28-33. Available from: <http://journals.lww.com/cancernursingonline/pages/articleviewer.aspx?year=2012&issue=01000&article=00014&type=abstract>

23. Silva AL, Shimizu HE. A relevância da rede de apoio ao estomizado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 May-June [cited 2016 Feb 15];60(3):307-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a11.pdf>

24. Mauricio VC, Souza NVOD, Lisboa MTL. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estomia. Esc Anna Nery (impr) [Internet]. 2013 July-Sept [cited 2016 Feb 15];17(3):416-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0416.pdf>
25. Mauricio VC, Souza NVOD, Lisboa MTL. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. Rev Bras enferm [Internet]. 2014 May-June [cited 2016 Feb 15];67(3):415-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0415.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.296 de 2 de Dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000 [Internet]. 2000 [cited 2016 Feb 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
27. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Conceitos importantes. [Internet]. sem ano [cited 2016 Feb 15]. Available from: <http://sbgg.org.br/espaco-cuidador/envelhecimento-ativo/>
28. Lenza NFB, Buetto LS, Vieira FS, Oliveira MS, Teles AAS, Sonobe HM. Necessidades do estomizado intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line; Recife [Internet]. 2015 july [cited 2016 Feb 15];9(6):8715-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6373/pdf_8263
29. Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4th ed. Trad. Mathias Lambert. Rio de Janeiro: Zahar; 2004.

Submissão: 16/02/2016

Aceito: 05/01/2017

Publicado: 15/04/2017

Correspondência

Vanessa Damiana Menis Sasaki
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
- Sala 104
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP: 14090-902 – Ribeirão Preto (SP), Brasil