



CONSENSUS PAPER **OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO**



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO

Ana Maria Almeida, Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia, IPO-Porto

CONSTRUÇÃO DO DOCUMENTO

Davide Fernandes, Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia, IPO-Porto

Ana Paula São João, Oncologia Cirúrgica, IPO-Porto

Inês Frade, Unidade de Cuidados Pós-anestésicos, Hospital da Luz de Lisboa; CIDNUR da ESEL (Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa)

Rita Piteira, Internamento Cirúrgico 3C, Hospital da Luz Lisboa

Ana Maria Almeida, Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia, IPO-Porto

GRUPO DE PERITOS

Ana Luísa Espírito Santos Silva, Consulta Estomaterapia, ACES Oeste Sul (Centro de Saúde de Torres Vedras)

Ana Paula Oliveira Fontes, Clínica de Patologia Digestiva, IPO-Porto

Ana Simões, SAD, IPO-Lisboa

Andreia Sequeira, Serviço de Cirurgia, CHTMAD EPE

Ângela Carvalho, Serviço de Cirurgia Geral, CHTMAD EPE

Bruno Alves, APECE; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Carla Silva Gomes Nunes, Gabinete de Estomaterapia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Felicidade Ramos Oliveira, Consulta de Estomaterapia: Associação Oncológica do Algarve

Liliana Patrícia Carvalho de Magalhães Botelho, Clínica de Patologia Digestiva, IPO-Porto

Liliana Grilo, Gabinete de Estomaterapia CHTMAD

Maria Manuel Castro, Consulta de Estomaterapia, Consulta de Estomaterapia, Centro Hospitalar e Universitário São João

Susana Maria Oliveira da Costa, Consulta Externa, Consulta de Estomaterapia, Centro Hospitalar e Universitário São João

REVISÃO FINAL DO DOCUMENTO

Bruno Magalhães, UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Jorge Freitas, IPO Porto

Ana Paula Amorim, ULS Alto Minho

ESTE DOCUMENTO DEVE SER CITADO

Almeida, A.; Fernandes, D.; São João, A.; Frade, I.; Piteira, R. Consensus Paper - Ostomias de Eliminação. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2023.

ISBN 978-989-53475-4-4

Índice

I. Preâmbulo	5
II. Metodologia utilizada	6
III. Intervenção à pessoa submetida a ostomia de eliminação	7
1. Ostomias de eliminação	7
2. Complicações	8
3. Intervenções de Enfermagem	9
3.1. Período pré-operatório	9
3.2. Período pós-operatório	10
3.3. Preparação para a alta	11
3.4. Período pós-alta/ ambulatorio/ follow-up	12
IV. Conclusão	13
V. Referências bibliográficas	14
VI. Anexo	17

I. Preâmbulo

Este documento tem como finalidade fornecer ao Enfermeiro um conjunto de recomendações exclusivamente baseadas em evidência científica recente para a conceção e implementação de cuidados à pessoa que se depara com a necessidade de viver com uma ostomia de eliminação intestinal ou urinária.

Partindo do pressuposto do cuidado centrado na pessoa, este documento orientador permitirá ao profissional de saúde construir cuidados individualizados, traçando um caminho com base no que a pessoa espera do seu tratamento e equipa de saúde, respeitando os valores e necessidades expressas, cimentando a promoção da continuidade e integração dos cuidados traduzida em transições seguras e confortáveis. Privilegiando a informação, a educação e o envolvimento dos cuidadores, o enfermeiro irá potenciar comportamentos de autogestão, favorecendo a reconstrução da autonomia da pessoa com ostomia.



II. Metodologia utilizada

Como metodologia utilizou-se, numa primeira fase, a técnica de *Focus Group*⁽¹⁾, com o objetivo de definir os conteúdos a considerar na construção da linha de consenso acerca das ostomias de eliminação. Como peritos foram considerados os enfermeiros com experiência profissional em cuidados à pessoa portadora de ostomia de eliminação, de pelo menos 5 anos e com formação em ostomias de eliminação (30h) ou competência acrescida em enfermagem em estomaterapia. O *Focus Group* teve lugar em plataforma virtual, numa sessão de grupo única, realizada a 8 de junho de 2021. Na sessão estiveram presentes 8 peritos. Após a sessão procedeu-se à transcrição dos principais aspetos a serem abordados nas linhas de consenso, rematada com pequenas notas recolhidas pelo moderador. Desta metodologia resultou um consenso inicial relativo à estrutura do documento, do qual resultou a relevância de abordar as diferentes fases, que constituem o percurso da pessoa submetida a ostomia, nomeadamente o período do pré e pós-operatório, preparação para a alta e período pós-alta/*follow-up*. Numa segunda fase realizou-se uma revisão narrativa da literatura para identificar na literatura as intervenções relacionadas com a prática clínica. De seguida foi aplicada a técnica de Delphi⁽²⁾: as intervenções que emergiram da literatura foram organizadas num questionário na plataforma *Google Forms* e enviado aos peritos que

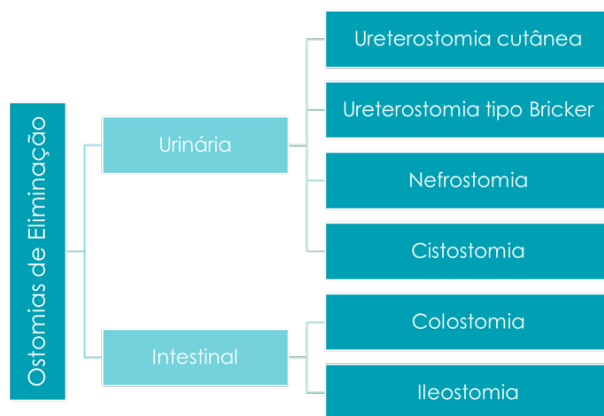
constavam do painel de Delphi para determinação do nível de consenso. Os 12 peritos foram selecionados com base nos critérios de inclusão estabelecidos à priori e já anteriormente mencionados. Relativamente ao nível de consenso adotou-se pelo valor percentual de 75%, como nível mínimo de concordância entre os peritos. Na definição do tipo de consenso considerou-se a análise dos *scores* obtidos, em cada uma das questões e de acordo com uma escala do tipo Likert de cinco pontos (em que um correspondia a “discordo totalmente”; dois a “discordo parcialmente”; três a “sem opinião”; quatro a “concordo parcialmente”; e cinco a “concordo totalmente”).

Com a realização do estudo de consensos, pretendeu-se validar o conteúdo resultante da investigação junto de um grupo de peritos, detentores de competências específicas na área em estudo.

III. Intervenção à pessoa submetida a ostomia de eliminação

1. OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Ostomia é uma derivação temporária ou permanente, continente ou incontinente que consiste na criação de uma abertura no abdômen para eliminação de fezes ou urina. O esquema 1 sintetiza os tipos de ostomias de eliminação.



Esquema 1. Tipos de Ostomias de Eliminação

A ostomia de eliminação urinária é uma derivação cirúrgica, consistindo numa comunicação artificial entre um órgão do sistema urinário e a parede abdominal com a finalidade de colmatar a via natural de excreção interrompida em contexto de diferentes situações patológicas, incluindo a doença oncológica.

Dependendo do tempo de permanência, existem ostomias temporárias, quando a patologia que as originou é reversível e, ostomias definitivas (situações em que se realizou a amputação de um órgão ou o seu encerramento)⁽³⁾.

As ostomias de eliminação urinária podem ser cutâneas ou ureteroenterocutâneas. As urostomias cutâneas possuem designações diferentes, de acordo com o local do aparelho urinário onde se constroem (nefrostomias, ureterostomias, vesicostomias). As urostomias ureteroenterocutâneas, são criadas a partir de uma parte de intestino, para criação de um reservatório urinário, onde se incorporam os ureteres, denominado de conduto ileal (Figura 1) com ou sem presença de cateteres⁽³⁾.

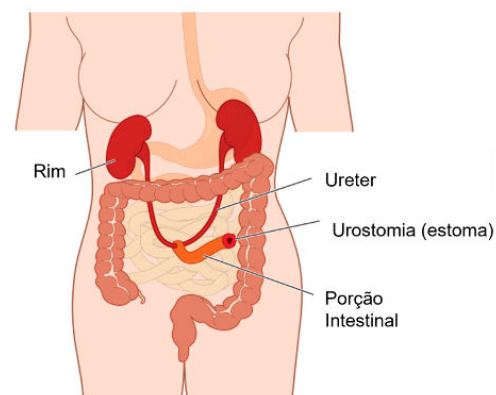


Figura 1. Esquema ilustrativo de urostomia

Fonte: adaptado de Black, P., 2010⁽⁴⁾

As ostomias de eliminação intestinal podem ser construídas a partir do segmento distal do intestino delgado, no caso das ileostomias (Figura 2) ou do intestino grosso, no caso das colostomias (Figura 3) e consistem numa exteriorização do intestino à pele, sendo o estoma indolor⁽⁵⁾.

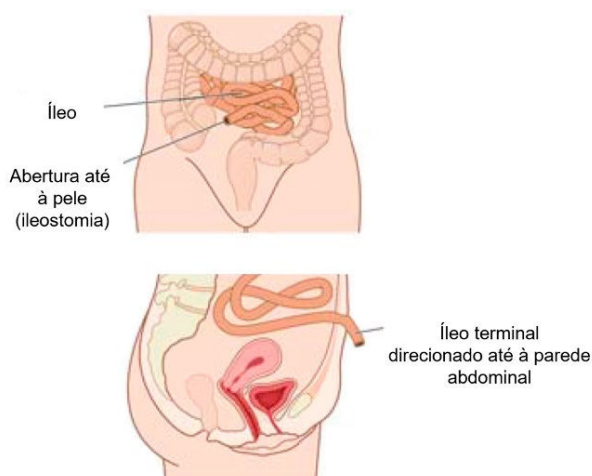


Figura 2. Esquema ilustrativo de ileostomia

Fonte: Adaptado de Black, P., 2010 (4)

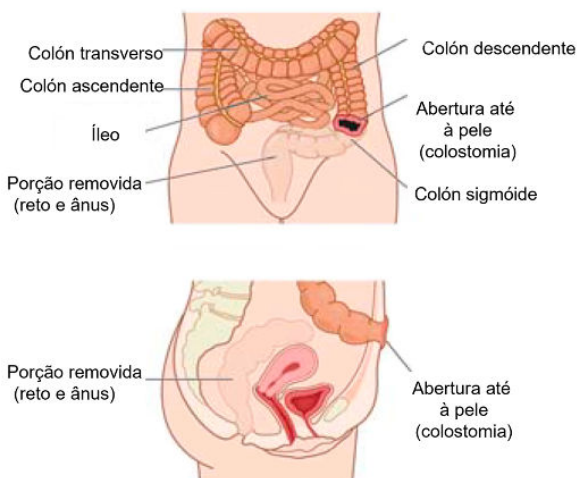


Figura 3. Esquema ilustrativo de colostomia

Fonte: Adaptado de Black, P., 2010(4)

2. COMPLICAÇÕES

Independentemente da sua natureza, um estoma deve apresentar-se sem sinais inflamatórios, soluções de continuidade e totalmente íntegro na sua estrutura. A pele peristomal não

deve diferenciar-se da restante. No entanto, dada a sua complexidade, há propensão a complicações. Estas podem cingir-se ao estoma, à pele ou podem ainda resultar em processos patológicos hemodinâmicos ou psicossociais. A conceção de cuidados específicos à prevenção de cada uma das complicações inicia-se nas intervenções explanadas no capítulo 3 deste documento. No entanto, intervenções mais específicas farmacológicas, baseadas em dispositivos, ajudas técnicas ou intervenções interdependentes podem ser necessárias. Estas dependem do protocolo local instituído e dos recursos materiais e humanos, disponíveis localmente. De entre as complicações mais prevalentes, destacam-se 3 níveis:

A. Ao nível do estoma:

- Hematoma⁽⁶⁾;
- Hemorragia⁽⁶⁾;
- Insuficiência anastomótica, ulceração, necrose, isquemia, cicatrização comprometida⁽⁶⁻⁸⁾;
- Estenose^(6, 8, 9);
- Retração^(9, 10);
- Prolapso^(9, 10);
- Hérnia ou protuberância^(6, 8-12);
- Fístula, perfuração, separação mucocutânea^(7-10, 13), ulceração ou erosão^(6, 14);
- Alterações na forma do estoma: estoma plano ou não circular ou prega periestomal⁽⁹⁾;

B. Ao nível da pele:

- Esfacelos, maceração, trauma, granulação^(14, 15);

- Irritação cutânea ou dermatite^(7, 13, 14, 16, 17);
- Sangramento/hemorragia da pele periestomal⁽¹⁴⁾;

C. Outros:

- Sentimentos de medo, ansiedade, depressão e isolamento social^(10, 18);
- Impacto negativo na imagem corporal⁽¹⁰⁾;
- Impacto na intimidade sexual e problemas na autoconfiança^(8, 10).

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para a realização de intervenção de enfermagem concertada e baseada na evidência, recomenda-se o acesso a enfermeiro especializado em feridas, ostomia e incontinência. É também recomendada, a existência de um programa de cuidado estruturado e multidisciplinar, se possível na forma de roteiro clínico^(3, 18).

3.1. PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Marcação do estoma

A marcação do estoma deve ser conduzida num momento prévio próximo, mas diferente ao do procedimento cirúrgico. Pode ponderar-se a marcação de consulta exclusiva para o efeito. A única exceção admitida será em casos de cirurgia urgente^(13, 19, 20).

Deve ser efetuada pelo Enfermeiro de Estomaterapia. Esta é uma intervenção autónoma, mas a equipa multidisciplinar deve estar envolvida^(3, 5, 14, 20-24).

Orientações para a marcação do estoma

- Religião (colocação à esquerda, se muçulmana)⁽²⁵⁾;
- Prevenção de pregas (utilizar a inclinação frontal para verificar a existência)⁽²⁴⁾;
- Posição do cóx (adequação ao vestuário)⁽²⁶⁾;
- Cicatrizes⁽²⁶⁾;
- Proeminências ósseas e musculatura (preferir músculo reto abdominal)⁽²⁴⁾;
- Hérnia existente⁽²⁶⁾;
- Avaliação em várias posições (sentado, deitado e em pé)⁽²⁶⁾;
- Capacidade de ver o estoma⁽²⁶⁾;
- Levantamento de atividades importantes para a pessoa, para a redução do impacto⁽²⁶⁾.

Avaliar/Facilitar o processo de transição

- Fornecer informação⁽¹⁸⁾ utilizando suporte escrito e audiovisual. Priorizar informação de acordo com o tempo disponível;
- Dar oportunidade para formulação de perguntas;
- Ensinar sobre complicações (infecção) e outras complicações mais comuns^(3, 18);
- Potencial de reconstrução de autonomia (promoção do autocuidado, retomar Atividades de Vida Diárias (AVDs) logo que possível)⁽²⁴⁾;
- Educar e instruir sobre o cuidado à ostomia (incluir pele, dieta e dispositivos, características do efluente, acesso a material e consultas de *follow-up*, cuidados à pele e troca de dispositivos)⁽¹⁸⁾;

- Avaliação da rede social (envolver cuidador e/ou rede de suporte) criar relação terapêutica^(3, 18);
- Suporte físico, emocional e psicológico (*coping* ineficaz, criar imagem positiva da cirurgia)⁽²⁷⁾;
- Educação e envolvimento na tomada de decisão (nomeadamente na posição da marcação do estoma, informar sobre cirurgia, descrição da cirurgia e procedimentos de internamento, definição de ostomia)⁽¹⁸⁾;
- Avaliação de aquisição de conhecimento⁽⁷⁾;
- Elaboração de plano de cuidados individualizado (valorizar objetivos individuais que contribuam para a autogestão, preocupações do utente e analisar impacto, bem-estar espiritual) - promover coerência e continuidade de cuidados e a equidade⁽¹⁸⁾ e incluir informações sobre o impacto na qualidade de vida⁽²⁴⁾;
- Avaliação das limitações da pessoa no autocuidado (limitações cognitivas, diminuição da acuidade visual)⁽²⁴⁾;
- Preparação para alterações da autoimagem^(14, 27);
- Abordar temas práticos (exemplo: vida sexual)⁽¹⁸⁾;
- Educação em grupo: reforçar a possibilidade de manter atividades de vida e encorajar discussão e partilha⁽¹⁸⁾;
- Encorajar controlo da ansiedade⁽¹⁸⁾.

3.2. PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Cuidados ao estoma

- Avaliar estoma (coloração, suturas, temperatura, tamanho, vareta, junção mucocutânea), pele periestomal, incluindo fatores potenciadores de risco (eczema, psoríase) e efluente^(6, 7, 18, 19);
- Controlar complicações e dor relacionada⁽⁸⁾; caso a dor não seja controlada com a otimização do estoma e dispositivos, deve encaminhar-se ao clínico responsável;
- Se possível usar ferramenta de classificação válida⁽¹⁸⁾.

Facilitar processo de transição

- Referenciar para o Enfermeiro de Estomaterapia⁽²⁶⁾ com pelo menos uma consulta durante o internamento^(28, 29);
- Educação para a saúde, centrada na pessoa⁽¹⁸⁾: facilitar autocuidado, potenciando autogestão^(6, 9, 21, 29);
- (Re)Avaliar capacidade física, cognitiva e nível de literacia, logo que a pessoa seja capaz de participar ativamente⁽²⁹⁻³¹⁾;
- Fornecimento de material, instrução e treino, incluindo nos cuidados à pele^(6, 8, 18, 21, 32);
- Iniciar treino de mudança de dispositivo e higienização da pele periestomal, logo que exista controlo da dor. A troca do sistema diariamente, permite oportunidades de treino⁽³⁰⁾;
- Identificar objetivos^(18, 24, 33);
- Empoderar para o *self-management*^(24, 30);
- Fornecimento de folhetos^(30, 33, 34);

- Fornecer contacto do profissional de referência^(18, 30);
- Envolver cuidador^(24, 32, 35);
- Adaptação psicossocial^(22, 24);
- Atender às necessidades espirituais^(24, 36);
- Atender a problemas que afetam o bem-estar psicossocial (imagem corporal, estilo de vida, sexualidade, sono, retorno às AVDs)^(18, 37);
- Rever hábitos dietéticos (referenciar para nutrição se necessário), hidratação e regime medicamentoso (despistar problemas de absorção relacionados com o estoma, nomeadamente alteração das características do efluente)⁽¹⁸⁾.

3.3. PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Genericamente, recomenda-se a implementação de critérios objetivos para alta, baseados no nível de capacitação e na promoção da continuidade dos cuidados⁽¹⁸⁾:

- Consulta de enfermagem⁽²⁰⁾ e referência obrigatória ao Enfermeiro de Estomaterapia^(26, 35), sessão de treino com Enfermeiro de Estomaterapia⁽³⁸⁾ e referência ao hospital de área de residência ou cuidados de saúde primários⁽³⁹⁾;
- Marcação de consulta para troca de saco⁽⁹⁾;
- Elaboração de plano individualizado⁽⁶⁾ com base em objetivos realistas⁽²⁰⁾ considerando o estilo de vida, capacidade física e estado da pele⁽⁷⁾;
- Fornecer, se aplicável, folheto de informações à pessoa e cuidador^(9, 23, 35, 38);
- Adaptação psicossocial: gestão de ansiedade⁽¹⁸⁾, gestão de expectativas, quanto à doen-

ça⁽³⁵⁾, ajudar a lidar com os problemas da vida diária, promover o alívio de emoções negativas, promover cuidados transitórios, conversar com a pessoa sobre questões relacionadas com a sexualidade no momento da alta e fornecer orientações individualizadas para diminuir suas preocupações^(18, 40).

Educação para a saúde, centrada na pessoa: facilitar autocuidado, potenciando autogestão:

- Ensinar, instruir e treinar para o uso dos dispositivos, incluindo despejo do saco⁽¹⁴⁾, periodicidade da substituição de dispositivos^(7, 30), cuidados à pele^(14, 19, 20, 41, 42) e corte adequado da placa⁽¹⁴⁾;
- Educar sobre regime medicamentoso^(23, 42);
- Empoderar^(23, 39, 42);
- Educação sobre cuidados com a alimentação^(14, 20), incluindo para redução de gases, odores⁽²¹⁾ e hidratação^(23, 42);
- Treinar, instruir resolver e educar para a resolução de complicações físicas^(14, 33, 42);
- Fornecer material para duas semanas após a alta hospitalar⁽³⁰⁾;
- Educar sobre aquisição e participação^(21, 42) bem como o correto uso dos dispositivos, quantidades fornecidas e armazenadas, evitando custos desnecessários⁽⁴³⁾;
- Capacitar cuidador^(7, 23);
- Atender a problemas que afetam o bem-estar psicossocial, medos e dificuldades⁽³²⁾, impacto e retorno à vida sexual^(23, 32, 40), intimidade e aspetos sociais^(28, 42);
- Promover orientação sobre atividade^(23, 42);
- Orientação sobre vestuário adequado⁽²³⁾;

- Promover o uso de tecnologia em saúde⁽²³⁾, nomeadamente a telessaúde⁽⁴⁰⁾.

3.4. PERÍODO PÓS-ALTA/AMBULATÓRIO/ FOLLOW-UP

- Referenciação ao Enfermeiro de Estomatologia⁽⁴⁴⁾ ou cuidados de saúde primários^(21, 27, 29, 32, 39);
- Manter *follow-up* por um período não inferior a um ano^(19, 31) e com periodicidade de seguimento sugerida aos 15 e 30 dias e após aos 3, 6 e 12 meses. Independentemente da frequência, o acompanhamento nunca deve ser interrompido e mantém-se anualmente após os 12 meses^(3, 5);
- “Coach”^(29, 35) preferencialmente aos 15, 30, 90 dias, 6 e 12 meses e após anualmente^(3, 24);
- Permitir espaço para exposição de dúvidas⁽³⁵⁾ e envolvimento na definição de objetivos^(33, 45);
- Referenciação multidisciplinar (nutricionista⁽³⁵⁾ e psicólogo)⁽⁷⁾;
- Referenciar a grupos de apoio, se existentes^(7, 21, 24, 31, 32, 41);
- Fornecer contactos de apoio^(7, 24);
- Programar visitação domiciliária e acompanhamento telefónico^(23, 24, 38, 39) durante as primeiras quatro semanas⁽¹⁸⁾;
- Fornecer apoio psicológico^(14, 18);
- Dar continuidade à educação para a saúde, centrada na pessoa^(18, 45);
- Fornecer e treinar sobre novos dispositivos^(19, 32, 35, 46, 47) incluindo cuidados à pele⁽⁴⁵⁾;
- Educar sobre efeitos secundários e complicações evitáveis (desidratação e desnutrição)^(35, 45), incluindo educação para a resolução de complicações sociais e psicológicas^(23, 33, 35);
- Capacitar o cuidador^(27, 31, 35, 46);
- Treinar, instruir, resolver e educar para a resolução de complicações^(20, 33);
- Avaliar *coping* e mestria^(20, 39, 45);
- Educar para a sexualidade e eventual referenciação a especialista⁽¹⁴⁾.

NOTA: A prescrição inicial de dispositivos médicos deve ser realizada, por um período de 30 dias a nível hospitalar. Posteriormente, deve ser feita por um período de 180 dias, a nível da consulta especializada hospitalar e/ou a nível dos cuidados de saúde primários^(3, 5).

IV. Conclusão

A pessoa portadora de ostomia de eliminação, seja por um período temporário ou permanente, encontra-se perante uma transição complexa. Esta gera vulnerabilidade e alterações na vida, tornando necessária a intervenção da equipa de saúde multidisciplinar, onde se inclui o enfermeiro oncologista. O objetivo principal desta linha de consenso é servir de orientação ao planeamento de recursos e cuidados de enfermagem específicos à pessoa submetida a ostomia. Alicerçada por uma revisão da literatura, conduzida por um grupo diversificado de peritos na área, este documento veicula informações consensuais, baseadas na evidência, que

promovem a aquisição de conhecimento científico e que podem ser utilizadas diariamente e com segurança em contexto de prática clínica, incrementando a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes.



V. Referências Bibliográficas

1. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, LDP C. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev. rene.* 2012;13:242-51.
2. Barrett d, r h. What are delphi studies? Evidence-based nursing. 2020;23:68-9. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>
3. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto, 2017.
4. Black P. Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants.* 2010;4.
5. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto, 2017.
6. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. *Deutsches Arzteblatt international.* 2018;115(11):182-7. <https://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>
7. Cao X, Bo L, Zeng M. Management of stoma among colorectal cancer patients in a surgical ward: a best practice implementation project. *JBHI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports.* 2014;12(4):533-47. <https://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2014-1487>
8. Lester J. Restoring and Maintaining Urinary Function. *Seminars in Oncology Nursing.* 2012;28(3):163-9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2012.05.005>
9. Ay A, Bulut H. Assessing the Validity and Reliability of the Peristomal Skin Lesion Assessment Instrument Adapted for Use in Turkey. *Ostomy/wound management.* 2015;61(8):26-34.
10. Henbrey R. Stoma formation as a palliative procedure: the role of the clinical nurse specialist in maintaining quality of life. *British Journal of Nursing.* 2021;30(6):S4-S10. <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.2021.30.6.S4>
11. Al-Momani H, Miller C, Stephenson BM. Stoma siting and the 'arcuate line' of Douglas: might it be of relevance to later herniation? *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.* 2014;16(2):141-3. <https://dx.doi.org/10.1111/codi.12469>
12. Russell S. Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing.* 2017;26(17):S12-S8. <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12>
13. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, Harputlu D, Kahraman A, Karadag S, et al. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy/wound management.* 2014;60(5):16-26.
14. Schreiber ML. Evidence-Based Practice. *Ostomies: Nursing Care and Management.* *MEDSURG Nursing.* 2016;25(2):127-4.
15. Johnson M, Gray S. MY A.C.E IS ACE.WCET 2018: 22nd Biennial Congress; April 15 - 18, 2018; Kuala Lumpur, Malaysia. *World Council of Enterostomal Therapists Journal.* 2018;38(3):52-.
16. John B, Mi-Yeong K, Kelly D. Risk factors associated with peristomal skin complications: integrative literature. *World Council of Enterostomal Therapists Journal.* 2018;38(2):41-2.
17. Liu C, Ren H, Li J, Li X, Dai Y, Liu L, et al. Predictors for quality of life of bladder cancer patients with ileal conduit: A cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing.* 2016;21:168-73. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.008>
18. Registered Nurses' Association of Ontario. Supporting adults who anticipate or live with an ostomy. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2019.
19. Carlsson E, Fingren J, Hallén A-M, Petersén C, Lindholm E. The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy/wound management.* 2016;62(10):34-48.
20. Fingren J, Lindholm E, Petersén C, Hallén A-M, Carlsson E. A Prospective, Explorative Study to Assess Adjustment 1 Year After Ostomy Surgery Among Swedish Patients. *Ostomy Wound Management.* 2018;64(6):12-22. <https://dx.doi.org/10.25270/owm.2018.6.1222>
21. De menezes L, Guedes M, Oliveira R, De oliveira S, De castro M. Self-care practice of ostomy patients: contributions of the orem's theory. *Rev. rene.* 2013;14(2):301-10.
22. Herlufsen P, Anne. The Lived Experiences of Persons Hospitalized for Construction of an Urgent Fecal Ostomy. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.* 2017;44(6):557-61. <https://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000382>
23. Reisdorfer N, Honório Locks MO, Reis Girondi JB, Nazareth Amante L, Schutz Corrêa M. Transition process to experience with elimination intestinal stoma: repercussions on body image. *Revista Estima.* 2019;17:1-11. https://dx.doi.org/10.30886/estima.v16.683_PT
24. Wound O, Continence Nurses S, Guideline Development Task F. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):50-8. <https://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000396>
25. Iqbal F, Zaman S, Bowley DM, Nakagawa H. Stoma Location Requires Special Consideration in Selected Patients... Nakagawa H, Misao H., Effects of stoma location on the incidence of surgical site infections in colorectal patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(3):287-296. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing.* 2013;40(6):565-6. <https://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000436432.79769.2d>
26. Burch J. Bowel dysfunction after surgery. *British Journal of Nursing.* 2021;30(6):S12-S8. <https://dx.doi.org/10.12968/bjon.2021.30.6.S12>

27. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros EJJ, Gomes VLdO. [Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2015;49(1):82-8. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
28. Fingren J, Lindholm E, Carlsson E. Perceptions of phantom rectum syndrome and health-related quality of life in patients following abdominoperineal resection for rectal cancer. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 2013;40(3):280-6. <https://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e31827e8b20>
29. McMullen C, Nielsen M, Firemark A, Price PM, Nakatani D, Tuthill J, et al. Designing for impact: identifying stakeholder-driven interventions to support recovery after major cancer surgery. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2018;26(12):4067-76. <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4276-0>
30. Burton J, Allison J, Smart N, Francis N. Impact of stoma care on enhanced recovery after colorectal surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 2011;9(8):15-8.
31. de Felicio Bortucan Lenza N, Scatralhe Buetto L, de Siqueira Vieira F, de Oliveira MS, Aparecido da Silva Teles A, Megumi Sonobe H. Necessidades do estomizado intestinal em seguimento oncológico: revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*. 2015;8715-24. <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.7061-61015-5-SM0906supl201512>
32. Dalla Barba P, Lobo Bittencourt VL, Bernat Kolankiewicz AC, Loro MM. Demandas de cuidados de pacientes oncológicos estomizados assistidos na atenção primária à SAÚDE. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*. 2017;11(8):3122-9. <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201717>
33. Ercolano E, Grant M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, et al. Applying the Chronic Care Model to Support Ostomy Self-Management: Implications for Oncology Nursing Practice. *Clinical journal of oncology nursing*. 2016;20(3):269-74. <https://dx.doi.org/10.1188/16.CJON.20-03AP>
34. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, et al. Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(5):587-96. <https://dx.doi.org/10.1188/11.ONE.587-596>
35. Beattie T. Classification of colorectal cancer to aid the stomal therapy nurse in practice. *Journal of Stomal Therapy Australia*. 2012;32(2):6-11.
36. Moeini M, Saghaei Z, Akbari L, Shahriari M, Abbasi S. Evaluating the relation between spiritual attitude and the quality of life among ostomy patients referring to the public and private medical centers of Isfahan. *Nursing Practice Today*. 2018;5(1):228-34.
37. Perez-Merino R. Improving colorectal cancer patients' quality of life after stoma formation. *Gastrointestinal Nursing*. 2014;12(9):41-7. <https://dx.doi.org/10.12968/gasn.2014.12.9.41>
38. Grahn SW, Lowry AC, Osborne MC, Melton GB, Gaertner WB, Vogler SA, et al. System-Wide Improvement for Transitions After Ileostomy Surgery: Can Intensive Monitoring of Protocol Compliance Decrease Readmissions? A Randomized Trial. *Diseases of the colon and rectum*. 2019;62(3):363-70. <https://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000001286>
39. Foskett K. The role of the colorectal and stoma clinical nurse specialist. *Journal of Community Nursing*. 2012;26(6):11-2.
40. He LJ, Zheng MC, Yuet Wong FK, Ying J, Zhang JE. Immediate postoperative experiences before discharge among patients with rectal cancer and a permanent colostomy: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;51:N. PAG-N.PAG. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101911>
41. Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self-management program. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2013;28(1):70-8. <https://dx.doi.org/10.1007/s13187-012-0433-1>
42. Walls P. Overcoming problems with stoma site placement and improving quality of life after urinary diversion. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*. 2018;38(3):21-5.
43. Bird A. Stoma care accessory products: responsible prescribing and cost-effective use. *Gastrointestinal Nursing*. 2020;18(5):13-6. <https://dx.doi.org/10.12968/gasn.2020.18.5.13>
44. Burch J. Supporting residents to care for a stoma independently. *Nursing & Residential Care*. 2019;21(5):276-80. <https://dx.doi.org/10.12968/nrec.2019.21.5.276>
45. Colwell JC, Bain KA, Hansen AS, Droste W, Vendelbo G, James-Reid S. International Consensus Results: Development of Practice Guidelines for Assessment of Peristomal Body and Stoma Profiles, Patient Engagement, and Patient Follow-up. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2019;46(6):497-504. <https://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000599>
46. McMullen CK, Wasserman J, Altschuler A, Grant ML, Hornbrook MC, Liljestrand P, et al. Untreated peristomal skin complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Clinical journal of oncology nursing*. 2011;15(6):644-50. <https://dx.doi.org/10.1188/11.CJON.644-650>
47. Nazarko L. Urostomy management in the community. *British Journal of Community Nursing*. 2014;19(9):448-52. <https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.9.448>

VI. Anexo

Complicações relacionadas com o estoma de eliminação	
Hematoma e hemorragia do estoma⁽⁴⁾, ou pele periestomal⁽¹²⁾	Perda ou acumulação de sangue originado no estoma que pode ocorrer devido a hemostase inadequada durante a construção, hipertensão portal, trauma, doença subjacente ou de forma iatrogénica associada ao uso prolongado de analgésicos anti-inflamatórios, anticoagulantes e quimioterapia. Mais tardiamente pode relacionar-se com trauma do dispositivo de recolha, com origem no mau uso.
Estenose e retração^(4, 6, 7, 8)	Aperto ou recuo do estoma que habitualmente origina dificuldade na drenagem do efluente. A sua incidência pode estar relacionada com a técnica cirúrgica ou em consequência de complicações precoces como necrose parcial, processos inflamatórios recorrentes, doença de Crohn, obesidade ou recidiva tumoral.
Prolapso^(7, 8)	Saída “telescópica” total ou parcial da víscera pelo orifício estomal. Pode ser originado por fragilidade pré-existente da parede abdominal ou dificuldades na técnica cirúrgica. A marcação do estoma fora do músculo reto abdominal potencia o seu aparecimento e fatores que aumentem a pressão pós-cirúrgica podem precipitar esta complicação, nomeadamente a tosse ou obesidade.
Separação mucocutânea^(5-8, 11) ou alterações na forma do estoma: estoma plano ou não circular ou prega periestomal⁽⁷⁾	Separação parcial ou total do estoma da pele periestomal. Pode ter aparência rasa ou profunda e é causada por fatores como necrose, inviabilidade tecidual no processo de cicatrização, imunossupressão, desnutrição, diabetes ou infeção.
Irritação cutânea ou dermatite^(5, 11, 12, 14, 15)	Irritação da pele periestomal, causada pelo contacto com o efluente, alergia aos dispositivos ou solutos, trauma induzido pela remoção errada da placa ou ainda uso indevido de cintas de contenção. Devido ao contacto com o efluente, a pele periestomal é mais propensa a infeção, pelo que esta deve sempre despistar-se.
Hérnia ou protuberância^(4, 6-10)	Protusão da víscera, através do tecido fascial para o compartimento subcutâneo. Pode ocorrer de imediato, ou de forma insidiosa ao longo dos anos. Pode ser parcial ou circunferencial. Dependendo da gravidade, a mesma pode reduzir-se manualmente ou na posição supina. Eventos como a tosse ou o esforço físico moderado a intenso podem agravar a condição, dificultando a adaptação de dispositivos de recolha de efluente. Pode implicar correção cirúrgica e obesidade pré-existente e hábitos tabágicos, favorecem o seu aparecimento.
Insuficiência anastomótica, ulceração, necrose, isquemia, cicatrização comprometida⁽⁴⁻⁶⁾	Ocorrem quando a irrigação sanguínea local está comprometida, originando inviabilidade do estoma ou pele periestomal. Fatores como obesidade, tabagismo e doença aguda contribuem para a incidência destas complicações.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa