

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

FÁBIO DE OLIVEIRA SOUSA
MARLON RODRIGUES ALVES

**PERFIL DOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JANEIRO
DE 2010.**

BELÉM

2011

FÁBIO DE OLIVEIRA SOUSA

MARLON RODRIGUES ALVES

**PERFIL DOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JANEIRO
DE 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso

Apresentado para obtenção do

grau em medicina pela

Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. William Mota de Siqueira

BELÉM

2011

FÁBIO DE OLIVEIRA SOUSA

MARLON RODRIGUES ALVES

**PERFIL DOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO PARÁ NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A JANEIRO
DE 2010.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do
grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.**

Banca Examinadora:

Orientador

Nome/Instituição

Nome/Instituição

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

Acima de tudo à DEUS, por ter abençoado a minha trajetória e a minha família pelo imenso apóio e amor incondicional.

Marlon Rodrigues Alves

A minha esposa e a minha filha Emily, foi pensando em vocês que eu adquiri força nas horas mais difíceis.

Fábio de Oliveira Sousa

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nos tornar capazes de alcançar os nossos objetivos, sendo este trabalho a materialização de uma grande conquista.

Ao Prof^o William Mota de Siqueira, pelo seu grandioso auxílio como orientador na realização deste trabalho.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes colostomizados na FSCMPA entre janeiro de 2005 e janeiro de 2010, identificando as características sociodemográficas, o tempo de colostomia, as indicações que levaram a seu uso, as tendências da amostra e o custo financeiro para o SUS no manejo desses pacientes. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa quantitativa, observacional, individual, seccional, descritiva analisando 43 prontuários de pacientes colostomizados na FSCMPA no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010 através do preenchimento do protocolo de pesquisa, sendo os dados obtidos e convertidos em gráficos e tabelas utilizando os programas Microsoft Excel 2003 e Microsoft Word 2003, além de submetidos a teste de significância estatística e medidas de tendência central, através do programa Biostat 5.2. **Resultados:** Dos 43 pacientes, 62.8% eram do sexo masculino, e 37.2% eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 76.7% tinham entre 0 a 10 anos, 7% tinham entre 11 e 20 anos, e 4.7% tinham entre 21 e 40 anos. Quanto ao número de pessoas por residência, 12 pacientes coabitam com 6 a 7 pessoas, oito pacientes coabitam com 4 a 5 pessoas, sete pacientes coabitam com 2 a 3 pessoas. Quanto a renda familiar, 28 pacientes tinham uma renda familiar mensal de até 2 salários mínimos, 5 pacientes com renda entre 2 e 3 salários mínimos, dois pacientes com renda entre 4 e 5 salários mínimos e um paciente com renda entre 3 e 4 salários mínimos. Quanto a renda per capita, 19 pacientes estavam com renda entre 0.2 e 0.4 salários mínimos, 9 pacientes com até 0.2 salários e um paciente com renda entre 0.8 e 1 salário. Quanto ao tempo de internação, 16 pacientes ficaram entre 11 e 20 dias internados, 14 pacientes ficaram até 10 dias, e 7 pacientes ficaram entre 21 e 30 dias. Quanto à procedência, 53.5% dos pacientes são provenientes da região metropolitana de Belém e 46,5% do interior do estado do Pará. Quanto às indicações, as anomalias anorretais foram responsáveis por 40.5% das indicações de colostomias, o megacólon congênito correspondeu a 35.7%, e as causas traumáticas, 11.9%. Quanto ao custo, amostra custou ao SUS cerca de R\$54.599,55 (cinquenta e quatro mil, quinhentos e noventa e nove reais e cinquenta e cinco centavos). **Conclusão:** O perfil de pacientes colostomizados na FSCMPA caracteriza-se por predominância do sexo masculino, da faixa etária de Zero a 10 anos, e das anomalias anorretais como causa de colostomia. Tempo de internação de 13.5 dias, 5 (cinco) pessoas por domicílio, renda familiar de 1 salário mínimo, renda per capita de 0.2 salários mínimos, tempo de colostomia superior a 1 ano é predominante.

Palavras Chave: Colostomia; anomalias anorretais, megacólon congênito.

ABSTRACT

Objective: To make an epidemiological set up of colostomy patients in FSCMPA between 2005 January and 2010 January, identifying social and demographic features, time with colostomy, indications that lead to the use of it, the group tendency and how much cost to SUS the treatment of these patients. **Methods:** It was made a quantitative, observational, individual, sectional, descriptive search analyzing 43 records of colostomy patients in FSCMPA, between 2005 January and 2010 January, through the fill of search protocol, being the collected data converted into graphics and tablets using Microsoft Excel 2003 and Microsoft Word 2003 programs, and more, submitted to statistical significance tests and measures of central tendency through Biostat 5.0 program. **Results:** Of 43 patients, 62,8% was male, and 37.2% was female. About age, 76.7% were between 0 and 10 years, 7% were between 11 and 20, and 4.7% were between 21 and 40 years. About number of persons for in each home, 12 patients cohabit with 6 to 7 persons, 8 patients cohabit with 4 to 5 persons, 7 patients cohabit with 2 to 3 persons. About Monthly earn, 28 patients had a familiar monthly earn around 2 salaries, 5 patients with earn had between 2 and 3 salaries, 2 patients with earn between 4 and 5 salaries and one patient with earn between 3 and 4 salary. About individual earn, 19 patients had earn between 0.2 and 0.4 salary, 9 patients around 0.2 salaries and one patient earning around 0.8 salary. About time of hospitalization, 16 patients stood between 10 and 20 days at hospital, 14 patients stood until 10 days, and 7 patients stood between 20 and 30 days. About procedence, 53.5% of patients were from metropolitan region of Belém and 46.5% of them were from out of town. About indications, anorectal anomalies were responsible for 40.5% of colostomy indications; congenital megacolon was responsible for 35.7% and traumatic causes, for 11.9%. About spends, the sample cost to SUS about R\$54.599,55. **Conclusion:** The epidemiological set up of colostomy patient in FSCMPA is characterized for predominance of male, between zero and ten years old, and anorectal anomalies as colostomy causes. Time of hospitalization was 13,5 days, 5 persons cohabit same home, familiar earn about 1 salary, individual earn of 0.2 salaries, time of colostomy longer than a year.

Keywords: Colostomy, Anorectal anomalies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. OBJETIVOS	12
1.1.1. Objetivo Geral	12
1.1.2. Objetivos Específicos	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO	12
2.2. INDICAÇÃO	14
2.3. FECHAMENTO DA COLOSTOMIA	20
2.4. COMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA	21
2.5. ASPECTOS PSICO-SOCIAIS	22
2.6. EPIDEMIOLOGIA	23
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	25
3.1. TIPO DE PESQUISA	25
3.2. LOCAL	25
3.3. FONTE DE INFORMAÇÃO	25
3.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO	25
3.5. PROCEDIMENTOS	25
3.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
3.7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
3.8. ANÁLISE DOS DADOS	26
3.9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	27
4. RESULTADOS	27
5. DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE	45

ANEXO 47

1. INTRODUÇÃO

Estomia origina da palavra grega *stoma*, que significa abertura de origem cirúrgica. A colostomia, que é um tipo de estomia, é a exteriorização do cólon através da parede abdominal com o objetivo de desviar o trânsito intestinal. Ela é a estomia mais freqüente na prática médica (AGUIAR; ANCELMO; SOARES, 2009; BACELAR et al, 2004; STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Existem relatos da realização de colostomia que remontam ao século XVIII. A primeira foi realizada por Littré, na França, em 1710, em um recém-nascido com imperfuração anal. Mais de 50 anos depois existem relatos que em 1776, Pillore teve êxito na realização de uma cecostomia inguinal em um paciente com câncer de reto obstruído (MONTEIRO; SANTANA, 2006).

Miles, em 1907, na Inglaterra, descreveu a técnica de amputação abdominoperineal para tratar câncer de reto, tendo a colostomia terminal definitiva como parte do procedimento. Tal cirurgia é realizada até hoje. Em 1923, Hartmann descreveu um procedimento cirúrgico, que também é comum na prática médica atual, e que consiste na ressecção de segmento do cólon doente, sem a realização de anastomose primária, e criação de uma colostomia terminal temporária, com fechamento do coto colônico ou retal, distalmente. Em um segundo momento é que se faz a reconstrução do trânsito intestinal (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007; MONTEIRO; SANTANA, 2006; REIS, 2001).

De meados do século XX até hoje, houve um grande avanço nas técnicas cirúrgicas utilizadas na confecção de estomias, assim como nos equipamentos e dispositivos disponíveis. É possível encontrar uma grande diversidade de placas e bolsas coletoras, que visam adaptar-se cada vez mais às necessidades do estomizado (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A colostomia é uma medida terapêutica cirúrgica usada quando existe a necessidade de se desviar o trânsito normal de alimentos em caráter provisório ou definitivo (BARREIRE et al, 2003).

Na infância, os estomas digestivos, basicamente as colostomias, são freqüentemente realizadas no período neonatal objetivando descomprimir, proteger anastomoses, ou restaurar a função do órgão afetado, quando é impossibilitada a sutura primária (BARREIRE et al, 2003).

Nessa população mais jovem, mais do que nunca, é importante que os profissionais de saúde não se preocupem apenas com o bom funcionamento da colostomia, mas também com o suporte emocional para as crianças e seus familiares. O binômio criança-família deve constituir o foco da atenção dos profissionais de saúde. Quanto mais precoce for a abordagem do paciente e dos pais, maiores serão as chances de se ter um vínculo de confiança, algo extremamente importante no acompanhamento desses pacientes (BARREIRE et al, 2003).

Nos pacientes de meia idade, por volta dos 40 anos, as causas traumáticas e as causas clínicas, como o abdomen agudo perfurativo ou obstrutivo, é que são os principais responsáveis pela confecção das colostomias (BAHTEN et al, 2006).

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo de maneira geral, a longevidade aumentou muito o risco de neoplasias na população, ocupando hoje o segundo lugar no ranking nacional como causa de óbito. Assim, se tratando de câncer retal ou colônico, a necessidade de confecção de colostomia é considerável, sendo uma das principais causas de indicação de colostomia na melhor idade (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Partindo do pressuposto que se deve olhar o paciente como um todo, é importante destacar que as estomias, incluindo a colostomia, constituem um grande impacto emocional para os doentes, haja vista que ocorre alteração do esquema corporal, da auto-imagem e da auto-estima, por exemplo. Tais alterações geram grandes transtornos que, sabidamente, interferem de forma importante na qualidade de vida de tais pacientes (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010; BARREIRE et al, 2003).

Por isso o envolvimento da família no tratamento dos pacientes é a pedra angular para o plano terapêutico de reabilitação e de reinserção dessas pessoas no convívio social (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a colostomia na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) entre janeiro de 2005 e janeiro de 2010.

1.1.2. Objetivos Específicos

Avaliar:

- Características sociodemográficas;
- Tempo de permanência da colostomia;
- Tempo de internação hospitalar;
- Indicação que levou à realização da colostomia;
- Tendências da amostra;
- Custo financeiro para o SUS no manejo desses pacientes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

As colostomias são aberturas realizadas na parede abdominal, local em que o cólon é exteriorizado, e por onde passam fezes e gases provenientes do trato gastrointestinal ocorrendo, assim, o desvio do trânsito normal (GOFFI, 2004).

As colostomias podem ser classificadas de várias formas, uma delas é quanto ao segmento do cólon que é exteriorizado, podendo ser cecostomia (ceco exteriorizado), transversostomia (cólon transversal exteriorizado), sigmoidostomia (sigmoide exteriorizado) e colostomia perineal. Quanto à forma de exteriorização, existe a colostomia terminal (boca única), a colostomia em alça (duas bocas unidas), em bocas separadas (justapostas ou afastadas, sendo que as afastadas podem estar na mesma incisão ou em incisões diferentes) e a colostomia tangencial. Quanto ao tempo de permanência, as colostomias podem ser

temporárias ou definitivas. Quanto a maturação, existe a precoce e a tardia (MONTEIRO; SANTANA, 2006; GOFFI, 2004; CREMA; SILVA, 1997).

Tecnicamente, a colostomia terminal, consiste na exteriorização do segmento proximal do intestino grosso. Após a incisão na região abdominal, se faz a exteriorização do segmento proximal com a boca fechada por clampe ou sutura temporária. Em seguida é que se faz a fixação da borda do estoma na pele com pontos simples e fio absorvível (MONTEIRO; SANTANA, 2006).

Já a colostomia em alça pode ser realizada no colo transversal ou no sigmóide, locais em que o mesocolo é longo o suficiente, permitindo a mobilização adequada da víscera oca. A incisão na pele pode ser feita em quadrante superior direito ou inferior esquerdo, que depende do local a ser exteriorizado, em seguida se faz a exposição da víscera e incisão longitudinal, ao longo de uma das tênias, ou uma incisão transversal. O próximo passo é a fixação das bocas do cólon na pele com pontos simples e fio absorvível (DOMÍNGUEZ, 2007).

Na colostomia tangencial se realiza uma “pequena fistula colo-cutânea” com a finalidade exclusiva de descomprimir o cólon e propiciar, principalmente, a eliminação de gases. Se faz pequena incisão circular em quadrante inferior esquerdo do abdome e a aponeurose é incisada em forma de cruz. O cólon é fixado a aponeurose com pontos seromusculares de fio monofilamentar. As bordas do cólon são suturadas diretamente a pele, dessa forma se faz a eversão da mucosa para evitar o fechamento precoce e espontâneo desta “fístula”. Geralmente é dispensável o uso de bolsas, já que o pequeno pertuito se presta mais a eliminação de gases, sendo um curativo com gase suficiente (CREMA; SILVA, 1997).

As colostomias temporárias são aquelas que permitirão o restabelecimento da continuidade do trato intestinal, em um segundo momento, uma vez resolvida a causa que levou a implantação de tal estomia, como por exemplo, situações de trauma abdominal em que ocorre perfuração intestinal. Já as colostomias definitivas são realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, como por exemplo, após o tratamento cirúrgico pelo câncer colorretal em que ocorre extirpação do segmento distal do intestino (AGUIAR; ANCELMO; SOARES, 2009; VIOLIN; MATHIAS; UCHIMURA, 2008).

Quanto à maturação, se diz que ela é precoce quando se realiza a eversão da borda do coto cólico exteriorizado, e se diz que ela é tardia quando não se faz a eversão do coto cólico exteriorizado (GOFFI, 2004).

2.2. INDICAÇÃO

São inúmeras as patologias que podem indicar a confecção de uma colostomia. Podemos destacar as malformações congênitas, megacólon congênito, doenças inflamatórias do cólon como, retocolite ulcerativa e doença de crôn, condições traumáticas ou não traumáticas que geram ferimentos/perfuração anorretocólicas, condições hereditárias como polipose adenomatosa familiar, o câncer colorretal hereditário sem polipose, obstrução mecânica ou funcional, proteção de anastomoses distais ou cirurgia orificial complexa, lesões perineais extensas como na síndrome de Fournier e incontinência anal (VIOLIN; MATHIAS; UCHIMURA, 2008; MONTEIRO; SANTANA, 2006; GOFFI, 2004; BARREIRE et al, 2003).

Nas crianças, as colostomias decorrem, principalmente, de malformações congênitas, obstruções intestinais e traumas, sendo que 2/3 são indicadas nos casos de malformações anorretais ou megacólon aganglionar. É importante destacar que nessa faixa etária as colostomias ocorrem, geralmente, no período neonatal e quase sempre são temporárias (VALDES et al, 2010; BARREIRE et al, 2003; CREMA; SILVA, 1997).

O nascimento de uma criança com malformação é algo que para a maioria das famílias gera sentimento de desapontamento, vergonha, complexos de culpa, rejeição para com a criança e medo de tal fato se repetir em gestações posteriores. Diante deste contexto de malformação, destacamos as malformações anorretais (MELO; KAMADA, 2011).

O quadro clínico é marcado pela dificuldade ou impossibilidade de eliminação mecônial. Quando a bolsa retal é cega, instala-se o quadro de obstrução intestinal total baixa, porém se ocorrem fistulas internas do reto, pode-se observar infecções urinárias pelo fato de o

quadro obstrutivo ser amenizado pelo escape de gases e mecônio pela fistula vigente (MORAES et al, 2004).

O diagnóstico de anomalia anorretal geralmente se dá pela história de eliminação anômala de mecônio pelo trato urinário, nos meninos, e pelo intróito vulvo-vaginal, nas meninas ou pela não eliminação de mecônio. O exame físico pode evidenciar ausência de ânus ou o achatamento da região glútea. É importante a pesquisa da contração do esfíncter externo e a realização do toque retal. A detecção de mecônio no exame de urina ajuda bastante no diagnóstico. Quando não se evidencia fistula retal e o exame de urina não detecta mecônio, se faz o invertograma. Este é um exame de imagem que deve ser feito após 12h de vida do recém-nascido, ele tem por objetivo determinar a altura do fundo de saco retal, levando em consideração a linha pubo-coccígea e o ponto isquial. Outros exames que também podem ser solicitados são USG de abdômen e fistulografia (BRANDT, 2003).

A partir do invertograma a anomalia anorretal é classificada em alta, intermediária ou baixa, e o parâmetro para tal classificação é a localização da bolsa retal em relação ao músculo puborretal, sendo dita alta quando a bolsa retal está acima do músculo puborretal e baixa quando abaixo do puborretal (MORAES et al, 2004).

No geral é feita a intervenção cirúrgica, proctoplastia, para as anomalias baixas, e colostomia, para as intermediárias e altas, com abaixamento reto-cutâneo por via sagital posterior, de 3 a 6 meses após a implantação da colostomia. Após a anoretoplastia a dilatação do neoformado canal ano-retal com velas de Hegar deve ser iniciada cerca de duas semanas após o procedimento cirúrgico e deve ser continuada até que o diâmetro do canal seja satisfatório e assim a colostomia protetora, nas anomalias intermediárias e altas, possa ser retirada (BRANDT, 2003).

O objetivo do tratamento cirúrgico das anomalias anorretais é a continência fecal e a eliminação de fezes sem dificuldade. O tratamento da incontinência fecal envolve medidas dietéticas, comportamentais, como o treinamento esfíncteriano, e medicamentosa. Nos casos refratários pode ser necessária uma nova cirurgia ou uma colostomia definitiva, porém uma alternativa a implantação da colostomia é o procedimento de Malone, que em 70% dos casos cursa com boa adaptação social (BRANDT, 2003).

A incontinência anal é definida quando o paciente apresenta ausência de controle esfíncteriano, secundário a causas orgânicas, como por exemplo, nas anormalidades anorretais e disfunções neurológicas. Já encoprese é a perda involuntária de fezes após os quatro anos de idade, estes pacientes são constipados ou possuem incontinência anal. Já o soiling ou escape fecal é a perda de fezes líquidas ou muco pelas margens do fecaloma, quadro que pode ser interpretado como diarreia. O soiling é uma modalidade de encoprese (MARTINS; HIROSE, 2011).

É importante destacar que a indicação de colostomia, nos casos de incontinência anal, é a última escolha terapêutica, ela deve ser indicada quando se tem história de fracasso em cirurgias anteriores (esfínteroplastia anal e/ou esfínter anal artificial, por exemplo). Está é uma boa opção de tratamento, particularmente, nos casos de lesões medulares e nos pacientes acamados, pois ocorre melhora significativa da qualidade de vida (LEITE; POÇAS, 2010).

Já o procedimento de Malone ou apendicecostomia ortotópica continente, não deve ser confundida com uma colostomia propriamente dita (BICA; BRAZ, 1996).

Bica e Braz (1996, p.193) afirmam:

A cirurgia consiste numa plicatura seromuscular do ceco sobre a base de apêndice cecal, produzindo assim, um mecanismo anti-refluxo e na exteriorização da ponta apendicular numa pequena ostomia ao nível da fossa ilíaca direita. [...] A técnica consiste na utilização de um cateter (8 ou 10 Fr) que é introduzido pelo paciente no estoma apendicular para a realização do enema anterógrado continente com solução fisiológica.

Outra principal patologia infantil que culmina com colostomia é a doença de Hirschprung, também conhecida como megacólon congênito ou aganglionar, foi inicialmente descrita em 1886 por Harald Hirschsprung. Ele observou que muitos recém-nascidos apresentavam quadro de constipação grave associada à dilatação e hipertrofia do cólon (GILBERT; MELLO; LIMA, 2008).

Esta é uma patologia marcada pela ausência de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico conseqüente a uma falha na migração craniocaudal das células vagais da crista neural em diversos segmentos do intestino distal, sendo uma causa comum de quadro clínico de obstrução intestinal em neonatos e megacólon em crianças e adultos. A incidência gira em

torno de 1:5000 nascidos vivos, e tem predileção pelo sexo masculino na proporção de 4:1 (VILLAR et al, 2009; PAZ, 2008).

O megacólon congênito é dito de segmento curto quando o segmento agangliônico não ultrapassa o cólon sigmóide, fato observado em 80% dos casos, e é dito de segmento longo quando o segmento agangliônico ultrapassa o cólon sigmóide, podendo até mesmo comprometer todo o cólon, então se fala em agangliose colônica total, ou até mesmo todo o intestino, e se têm aganglionose intestinal total. Esta é uma patologia marcada por um padrão de herança complexo e multigênico, tendo influencia do sexo. Nove genes de suscetibilidade à doença já foram mapeados, destacando-se o gene RET, que é considerado o principal (VILLAR et al, 2009; PAZ, 2008).

Sempre pensar em megacólon congênito quando recém-nascido cursar com quadro clínico de atraso na eliminação de mecônio, constipação intestinal, distensão abdominal, obstrução intestinal, toque retal evidenciando diminuição do diâmetro do reto (espasmo retal) e eliminação explosiva de fezes líquidas e gases após término do toque retal. É importante destacar que cerca de 90% dos recém-nascidos que não eliminam mecônio nas primeiras 24 horas de vida têm grandes chances de terem megacólon congênito (GILBERT; MELLO; LIMA, 2008).

Muitos recém-nascidos não apresentam uma clínica tão exuberante que leve a suspeita de megacólon congênito ainda no período neonatal. Com o passar do tempo, o que chama a atenção dos lactentes e pré-escolares é o hipodesenvolvimento, a constipação e a distensão abdominal decorrente da dilatação do intestino proximal, ou seja, do segmento normal em que se tem a presença de células gangliônicas no plexo submucoso e mioentérico. Com a dilatação intestinal a pressão intraluminal se eleva, ocorre menor fluxo sanguíneo e deterioração da barreira mucosa. A estase que se instala permite a proliferação de bactérias, principalmente *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* e anaeróbios, o que leva a enterocolite, clinicamente expressa por evacuações líquidas, distensão abdominal, febre e prostração (GILBERT; MELLO; LIMA, 2008).

Para o diagnóstico do megacólon congênito, um dos primeiros exames a se pedir é uma radiografia do abdômen ântero-posterior e em perfil. Tal exame mostra distribuição anormal de ar no intestino e reto vazio. Outro exame de imagem é o enema contrastado sem

preparação previa de intestino. Este exame mostra uma zona estreita próximo ao ânus, seguida por uma zona de transição, semelhante a um funil, e uma zona mais dilatada na região mais proximal do intestino. Estas 3 zonas correspondem, anatomicamente, a região agangliônica, hipogangliônica e gangliônica, respectivamente (PAZ et al, 2008).

Um terceiro exame é a manometria anorretal, que consiste na distensão retal mediante a inserção de um balão com pressão controlada. O normal é que ocorra o relaxamento do esfíncter interno do ânus, fato que não ocorre no megacólon congênito, podendo até mesmo ocorrer o aumento da contração deste esfíncter. Por fim, o exame confirmatório é por meio de biópsia com estudo histopatológico, situação em que o médico patologista não visualiza células ganglionares na amostra de tecido corada com hematoxilina-eosina (PAZ et al, 2008).

O tratamento é eminentemente cirúrgico. O princípio básico é a ressecção do segmento sigmoidocolônico aganglionar e a realização de diferentes formas de abaixamento colorretal de três a seis meses após a confecção da colostomia (BRANDT, 2003).

Atualmente, o que se preconiza como tratamento cirúrgico para doença de Hirschsprung é a retirada do segmento agangliônico e o abaixamento por via transanal exclusiva, até o ânus. Este procedimento é realizado em apenas um tempo cirúrgico. Dessa forma os riscos de contaminação, aderências e complicações na cavidade abdominal são menores. Além disso, este procedimento conta com pouca perda sanguínea, tem melhor resultado estético, menor tempo cirúrgico e menor tempo de hospitalização (GILBERT; MELLO; LIMA, 2008).

A violência urbana, acidentes automobilísticos, abusos sem limites da criminalidade, violência sexual e até mesmo uma grave constipação intestinal, são fatores importantes que podem levar à confecção de uma estomia por causas traumáticas. Todos estes fatores aliados a muitos outros têm provocado um número crescente de pessoas que a cada dia se tornam estomizadas (PEREIRA 2007).

É comum nos dias de hoje as pessoas apresentarem quadros de constipação intestinal, justamente pela mudança do hábito alimentar. Há pessoas que ficam semanas sem evacuar e algumas delas enfrentam esforços consideráveis para a eliminação de suas fezes. Em alguns

casos, embora raros, estes esforços podem causar a ruptura das alças intestinais causando traumas no intestino grosso (ibid.).

Há também os traumas que são provocados pela introdução de objetos pelos orifícios do corpo e devido a isto, pode causar a ruptura de parte do trato gastrointestinal, o que na maioria das vezes atinge o cólon sigmóide, localizado na porção final do intestino. Isto acontece quando estes corpos são ingeridos acidentalmente ou introduzidos pelo reto violentamente, seja por acidentes, alguns tipos de violência física ou estupro, podendo determinar a formação de abscessos ou mesmo peritonite. Porém as causas mais comuns de traumatismo do intestino grosso são originadas por ferimentos penetrantes e não penetrantes, provocados pelos mais diversos instrumentos e que atingem um órgão, quer através da parede ântero-lateral do abdômen, da parede posterior do diafragma, nos traumatismos torácico-abdominais, ou da pelve e períneo nos pélvico-perineais. Isto acontece através de armas brancas ou projéteis balísticos, juntamente com os ferimentos contundentes, especialmente os acidentes automobilísticos, são considerados as causas mais comuns (ibid.).

Também é importante destacar que o câncer colorretal é um dos grandes responsáveis pela indicação de colostomia, e segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), esse é o terceiro câncer mais comum no mundo, em ambos os sexos. Essa é uma neoplasia considerada boa, pois em cinco anos a sobrevida está em torno de 55% nos países desenvolvidos e 40% para países em desenvolvimento. Por isso esse é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo, ficando atrás do câncer de mama em mulheres. O risco estimado deste tipo de câncer para o ano de 2010, no Brasil, foi de 14 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2009)

O aumento da expectativa de vida no Brasil, assim como no mundo todo, fez com que o perfil de morbidade e mortalidade mudasse bastante. Atualmente está se morrendo mais de doenças crônico-degenerativas, fato este que acaba aumentando a incidência de câncer (VIOLIN; MATHIAS; UCHIMURA, 2008).

Com esse aumento da incidência de câncer, que no Brasil já ocupa o segundo lugar como causa de óbitos, e mais especificamente os casos de câncer de cólon e de reto, muitos pacientes são submetidos a procedimentos cirúrgicos, e conseqüentemente vem a necessitar de algum tipo de estomia (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Só para ilustrar tal fato, Meirelles e Ferraz (2001) constataram que em 60% dos casos de colostomia definitiva, os pacientes tinham diagnóstico de neoplasia de reto e ânus.

As diversas modalidades de exteriorização da colostomia são muito bem definidas pela literatura. A colostomia terminal é feita após a cirurgia de Hartmann ou a cirurgia de Miles. Já a colostomia em alça é realizada somente em condições temporárias. Neste caso ocorre o restabelecimento do trânsito intestinal sem necessidade de laparotomia, pois o acesso às alças intestinais ocorre pelo próprio estoma. A colostomia em alça é indicada para proteção de anastomoses de alto risco de deiscência (anastomose colo-anal ou colorretal), tumor obstrutivo de retossigmóide, lesões anais ou perianais que necessitam de desvio do trânsito intestinal para que cicatrizem adequadamente (causas traumáticas, por exemplo) e graves processos infecciosos perineais. A colostomia tangencial é indicada para pacientes que não possuem condição clínica de uma cirurgia mais radical. (MONTEIRO; SANTANA, 2006; CARREIRO; SILVA; ABRANTES, 2000; CREMA; SILVA, 1997).

O segmento do cólon a ser exteriorizado depende do local comprometido do intestino, do tipo de afecção, da cirurgia, da condição clínica do paciente e da preferência do cirurgião (GOFFI, 2004).

2.3. FECHAMENTO DA COLOSTOMIA

Ainda não existe um consenso de quando devem ser fechadas as colostomias temporárias. O período clássico de 8 a 12 semanas, encontrado na maioria das publicações, deve ser analisado com grande senso crítico (CASTRO, 2004).

Carreiro; Silva e Abrantes (2000, p.302) afirmam:

Torna-se difícil, entretanto, uma comparação dos diferentes resultados encontrados na literatura por diversos fatores. Enquanto em alguns trabalhos predominam pacientes vítimas de trauma, na maioria das vezes jovens sem outros fatores de risco associados, em outros predominam portadores de câncer do intestino grosso ou diverticulite, geralmente idosos e com complicações da própria doença associadas. Existem diferenças também em relação ao tipo de colostomia. Alguns trabalhos avaliam o fechamento de colostomias em alça e outros de colostomias à Hartman, que são procedimentos cirúrgicos de magnitude diferente. Outro fator que dificulta a avaliação dos resultados é que alguns autores citam apenas as complicações locais (fistulas e abscessos), enquanto outros também consideram as complicações sistêmicas.

Carreiro; Silva e Abrantes (2000) concluíram que pacientes com lesões traumáticas do reto e que cursam sem complicações após a operação inicial podem ser submetidos ao fechamento da colostomia a partir do 10º dia de pós-operatório.

As taxas de complicações das cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal são muito variadas, com índices que oscilam entre 9% e 50% desses procedimentos (BIONDO-SIMÕES, 2000).

A morbidade dessas cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal é influenciada diretamente por fatores intrínsecos de cada paciente tais como idade, uso crônico de medicações, bem como a patologia de base que levou a implantação da colostomia (WONG et al, 1994).

Sendo assim, dependendo do paciente, uma diverticulite aguda complicada, um tumor de cólon obstrutivo, uma lesão colônica por projétil de arma de fogo ou arma branca, ou ainda uma perfuração durante um exame endoscópico, irá provocar respostas metabólicas e endócrinas variáveis, promovendo também efeitos diversos no processo de cicatrização das feridas (GHORRA et al, 1999).

Com isso, quando se programam as cirurgias de reconstrução do trânsito intestinal, o mais importante é aguardar a superação do trauma cirúrgico anterior, que é peculiar de paciente para paciente (CASTRO, 2004).

A literatura também é controversa quanto ao estudo do cólon precedendo o procedimento. Tal fato é evidenciado quando Castro (2004) afirma que jamais se deve indicar uma reconstrução de trânsito intestinal sem estudos contrastados e/ou endoscópicos, em contrapartida, Sobral et al (2008) concluem, em seu estudo, ser dispensável tais exames na medida em que não alteram a morbimortalidade do procedimento.

2.4. COMPLICAÇÕES DA COLOSTOMIA

Apesar de ser um procedimento relativamente simples, as colostomias apresentam várias possíveis complicações que vão desde irritações cutâneas ate problemas potencialmente letais (GOFFI, 2004).

As complicações imediatas são necrose, que pode ser parcial ou total, e ocorre por deficiência da perfusão sanguínea, geralmente por inadequado preparo da alça intestinal; retração, que é a penetração total ou parcial da alça intestinal para a cavidade abdominal, sendo geralmente devido a um segmento intestinal curto, pouco dissecado e exteriorizado sob tensão; infecção ou abscesso, pode ocorrer na mucosa ou submucosa da alça intestinal ou na parede abdominal; fístulas, geralmente são decorrentes de infecções e/ou abscessos periestomais; sangramento, ele deve ser tratado o quanto antes na tentativa de evitar hematoma, principalmente em submucosa, pois isto pode vir a comprometer o suprimento vascular do segmento exteriorizado; edema, geralmente o tratamento é expectante (GOFFI, 2004; CREMA; SILVA, 1997).

As complicações tardias geralmente se devem a uma ou várias complicações precoces, e são a causa mais importante de inadaptação e sofrimento dos portadores de colostomia. Pode-se destacar a estenose, geralmente aparece no 3º mês de pós-operatório, é uma complicação que pode ocorrer por abertura insuficiente da parede abdominal ou por processo inflamatório que ocorre na serosa da alça exteriorizada gerando rigidez e estreitamento; retração tardia, geralmente secundária a isquemia e/ou retração precoce do estoma ou processos infecciosos ou inflamatórios em torno do orifício do estoma; dermatites, são geralmente causadas pelo material adesivo da bolsa e também pelo contato com o material fecal; fístulas/abscessos, geralmente são decorrentes da afecção de base, como na doença de Crohn, ou por uma iatrogenia, perfuração do estoma pela sonda com que se faz irrigação, por exemplo; prolapso, ele é raro nos estomas terminais, ordem de 1%, sendo dito parcial, quando existe preservação do pregueado mucoso, e é dito total quando não há preservação do pregueado mucoso; hérnia para-estomal, complicação freqüente, que atinge até 50% dos casos após 6 anos de colostomia, é a saída do conteúdo abdominal pelo trajeto do estoma abaulando a região para-estomal (GOFFI, 2004; CREMA; SILVA, 1997).

2.5. ASPECTOS PSICO-SOCIAIS

Ao retornar para casa, o paciente irá vivenciar uma nova etapa, a qual inclui modificações físicas, biológicas, psíquicas, sociais, econômicas e culturais (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

O paciente colostomizado passa por inúmeros conflitos, preocupações e dificuldades diante das limitações impostas no seu cotidiano. Boa parte dessas pessoas refere incômodo quando ocorre eliminação de gases, vazamentos e odor exalado pela bolsa de colostomia (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

Infelizmente, Bellato et al. (2007), destacam em seu estudo qualitativo, com pacientes estomizados, que a participação de profissionais da saúde ocorre de maneira pontual, incidindo, particularmente, no período cirúrgico, não se estendendo durante o período de adaptação. Tal fato contribui muito para o aparecimento do sentimento de auto-rejeição, e para agravar ainda mais este quadro, não raramente, a própria família ou algum de seus membros não fornecem o apoio necessário ao doente.

Um dado animador foi o que Bechara et al (2005) encontraram em seu estudo. Tais pesquisadores descobriram que todos os pacientes tiveram apoio familiar necessário e consideraram este fato imprescindível para melhor aceitação da situação.

Os pacientes colostomizados têm grande dificuldade em se reintegrar ao trabalho. Normalmente os que possuem vínculo empregatício acabam se aposentando e os desempregados não conseguem se reinserir no mercado formal (STUMM; OLIVEIRA; KIRSCHNER, 2008).

2.6. EPIDEMIOLOGIA

Agora, dando ênfase sobre a questão epidemiológica do tema, a literatura mostra números bem variados quanto à questão do gênero dos pacientes colostomizados. Bahten et al (2006) destacam que de um total de 42 pacientes, 34 deles, ou seja, 80,95% eram do sexo masculino. Já Violin; Mathias e Uchimura (2008) demonstraram um percentual menor, com 53,5% dos colostomizados sendo homens.

No que se refere a idade, podemos destacar o estudo retrospectivo de Khoury et al (1996) com 46 pacientes submetidos ao fechamento de colostomia, em que houve média de 41,8 anos, algo muito semelhante com a média de idade que Silva, A, et al (2010), encontrou em seu estudo retrospectivo com 86 pacientes, que foi de 43 anos. Também é relevante destacar os achados de autores que se dedicaram a estudar colostomia na população

pediátrica. Chirdan et al (2008) realizaram um estudo com recém-nascidos com anomalias anorretais altas e que foram submetidas a uma colostomia. Eles observaram que as 61 crianças que compuseram o estudo tinham entre 18 e 28 dias de vida, o que gerou uma mediana de 6 dias. Em outro estudo também com população pediátrica que foi submetida a uma colostomia, Uba e Chirdan (2003) encontraram pacientes com faixa etária que variou de um dia a 14 anos, o que gerou uma mediana de 3 semanas.

De 129 pacientes estudados, Violin; Mathias e Uchimura (2008) referem que 56,6% dos participantes eram aposentados e 17,1% eram donas de casa. O número elevado de aposentados se justifica por uma faixa etária mais elevada neste estudo, especificamente.

Bahten et al (2006) destacaram que causas traumáticas como sendo responsáveis por 45,23% das colostomias, seguido por motivos clínicos em 35,72% dos casos. Vale destacar que os ferimentos abdominais provocados por projétil de arma de fogo são, isoladamente, responsáveis por 23,8% do total de casos de colostomia neste estudo. Curi et al (2002) também destacaram o trauma como sendo a causa mais comum de indicação das estomias. Já Violin; Mathias e Uchimura (2008) destacaram que a neoplasia foi a maior causa de colostomia, sendo responsável por 67,3%, e que projétil de arma de fogo foi responsáveis por apenas 1,6%.

Segundo a série de Silva, A, et al (2010), 36,26% dos pacientes com estomias intestinais foram submetidos a uma colostomia em alça, 29,67% foram submetidos a uma colostomia terminal e somente 2,19% dos pacientes foram submetidos a colostomia em dupla boca separada. Já a série de Bahten et al (2006) demonstraram que o tipo de colostomia mais realizada foi a terminal em 64,3% dos casos, seguida da colostomia em alça em 35,7%.

Quanto ao tempo de permanência médio das estomias intestinais, a literatura revela dados que vão de 6,9 meses, conforme estudo de Khoury et al (1996), até 17,6 meses, segundo Silva, B, et al (2010), número relativamente próximo a média que Silva, A, et al (2010), encontraram, que foi de 15,7 meses.

Quanto às complicações de colostomias em crianças, Uba e Chirdan (2003) dividiram as complicações em dois grupos: relacionadas à ferida operatória, com uma prevalência de 37,1%, das quais destacam-se os sangramentos, infecções e deiscência da ferida com

evisceração; relacionadas ao estoma, com prevalência de 62,9% , compreendem a dermatite escoriativa, prolapso intestinal, retração de estoma, diarreia e hérnia paracolostômica. Neste mesmo estudo, a taxa de mortalidade foi de 13,8% (16 crianças), considerando como critério de inclusão a formação e consolidação do estoma. Dos neonatos, dois morreram durante a cirurgia, oito morreram dentro de 24 horas do pós-operatório, dos quais 5 por sepse grave e 3 por infusão volêmica vigorosa. Das crianças maiores, duas morreram por diarreia severa, 3 por sepse e uma por infusão volêmica vigorosa.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, observacional, individual, transversal e descritiva. Sendo os dados investigados coletados a partir de prontuários logo após a aprovação do trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

3.2. LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida na FSCMPA.

3.3. FONTE DE INFORMAÇÃO

Os dados foram fornecidos pelo Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos da FSCMPA, o qual disponibilizou os prontuários dos pacientes para os quais foram emitidos registros de código de procedimento correspondente a Colostomia na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

3.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foi incluso nesta pesquisa todo paciente atendido na FSCMPA entre janeiro de 2005 e janeiro de 2010 para os quais foram emitidos registros de código de procedimento correspondente a Colostomia na AIH.

3.5. PROCEDIMENTOS

As informações que foram colhidas dos prontuários médicos estão em um formulário próprio localizado no **apêndice A** deste projeto.

Como o estudo não oferece riscos para os participantes, uma vez que foi realizada apenas reunião de prontuários, não havendo interferência dos pesquisadores na condução dos casos atendidos conforme a rotina do hospital tornou-se desnecessária a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, mas foi garantido o sigilo da identidade dos pesquisados, conforme documento que segue no **anexo A**.

3.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes atendidos na FSCMPA que tiveram a emissão de código de procedimento correspondente a colostomia no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010 foram inclusos nesta pesquisa.

3.7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos das da pesquisa os pacientes que tiveram a emissão do código de procedimento correspondente a colostomia fora do período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010; pacientes que tiveram a emissão do código de procedimento correspondente a colostomia mas que não realizaram a cirurgia; prontuários médicos não localizados pelo Serviço de Arquivos Médicos e Estatístico da FSCMPA

3.8. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados e convertidos em gráficos e tabelas utilizando-se os programas Microsoft Office Excel 2003 e Microsoft Office Word 2003.

Para determinar o perfil dos 43 pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010 foram aplicados métodos estatísticos descritivos inferenciais. As variáveis quantitativas foram caracterizadas por medidas de tendência central

e variação. As variáveis qualitativas foram apresentadas através de distribuições de frequências. Nas variáveis quantitativas foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk, para avaliação da normalidade e o Qui-quadrado de tendência conforme recomenda Ayres et al (2007). Foi previamente fixado o nível alfa = 0.05 para rejeição da hipótese nula. Todo o processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.2.

3.9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações encontradas durante o desenvolvimento do estudo são atribuídas a não localização de todos os prontuários de pacientes para os quais foram emitidos códigos de procedimento correspondente a colostomia no período do estudo, assim como o registro incompleto dos dados investigados nos prontuários analisados, o que levou a exclusão das variáveis escolaridade, profissão, tipo de moradia e tipo de exteriorização da colostomia.

4. RESULTADOS

Quanto ao sexo dos 43 pacientes submetidos a colostomia na FSCMPA, a tabela 1 nos revela que 27 eram do sexo masculino, ou seja, 62.8%, e 16 eram do sexo feminino, o que equivale a 37.2%. Tal variável foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado, o qual resultou no p-valor = 0.1273 (não significante), logo, não há evidências suficientes para confirmar a tendência predominante do sexo masculino sobre o feminino.

TABELA 1 - Distribuição do sexo dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

Sexo	Ocorrências	Frequência relativa (%)
Masculino	27	62.8
Feminino	16	37.2
Total	43	100.0

Fonte: Protocolo da pesquisa.

p-valor = 0.1273, Qui-quadrado de tendência, GL=1.

Quanto à faixa etária dos 43 pacientes, a tabela 2 revela que 76.7% tinham entre 0 a 10 anos, em segundo lugar veio a faixa etária de 11 a 20 anos com 7%, e em terceiro lugar temos, empatadas, as faixas etária de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos, ambas com 4.7%. O que se

observou foi à existência de alta significância estatística para a faixa etária entre zero e dez anos, com p-valor < 0.0001*.

TABELA 2 - Distribuição da faixa etária (em anos) dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

Faixa etária	Ocorrências	%
0 a 10	33	76.7
11 a 20	3	7.0
21 a 30	2	4.7
31 a 40	2	4.7
41 a 50	1	2.3
51 a 60	1	2.3
> 60	1	2.3

Fonte: Protocolo da pesquisa.
p-valor < 0.0001, Qui-quadrado

As variáveis tempo de internação, número de residentes por domicílio, renda familiar média e renda média per capita por morador do domicílio foram caracterizadas, principalmente, pela mediana. Estatisticamente, tais variáveis não apresentaram distribuição normal, ou seja, não obedecem ao padrão Gaussiano conforme mostra a tabela 3. Portanto, o grupo de pacientes colostomizados caracteriza-se por tempo de internação de 13.5 dias, seis pessoas residentes no mesmo domicílio, renda familiar de 1 salário mínimo e renda per capita, por morador, de 0.2 salários mínimos, o que equivale a cerca de R\$ 110,00 (cento e dez reais). É importante ressaltar que a variável tempo de internação foi encontrada em apenas 42 prontuários, e as variáveis número de residentes por domicílio, renda familiar média e renda média per capita por morador do domicílio foram encontradas em apenas 36 prontuários.

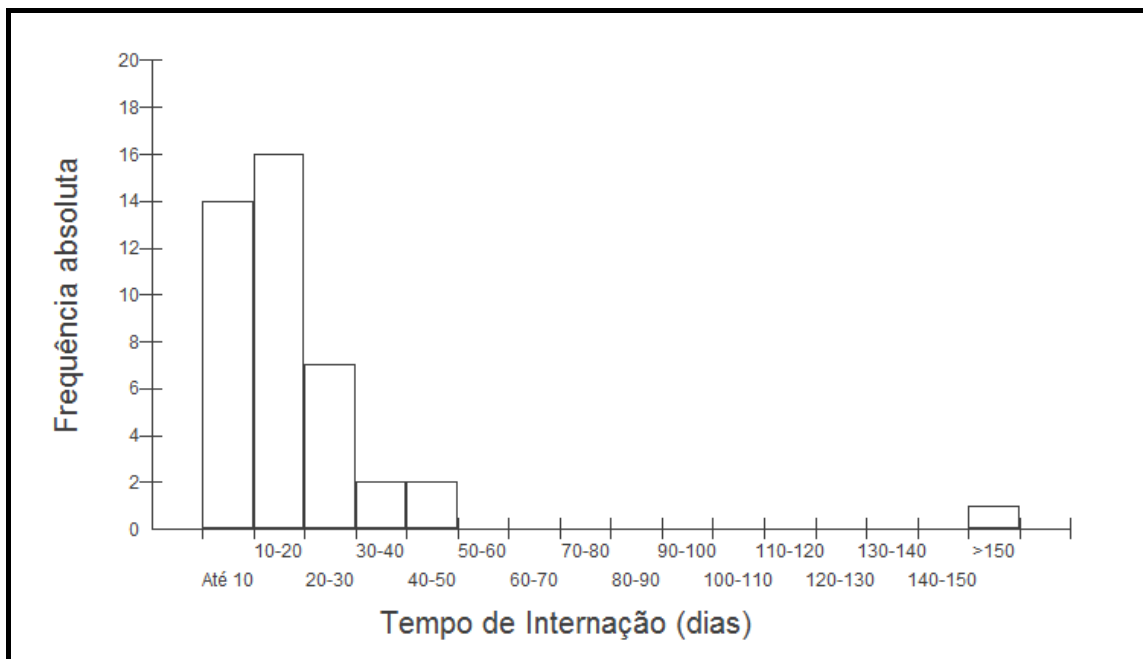
TABELA 3 - Medidas de tendência central e variação das variáveis: tempo de internação, número de residentes por domicílio, renda familiar média e renda média per capita por morador do domicílio de pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

	T. Internação (Dias)	N Residentes (Pessoas/Casa)	R Familiar (S.Mínimos)	Renda Média (S.Mínimos/Pessoa)
Tamanho da amostra	42	36	36	36
Mínimo	2.0	2.0	1.0	0.1
Máximo	152.0	14.0	5.0	0.8
Mediana	13.5	6.0	1.0	0.2
Primeiro Quartil	8.0	4.0	1.0	0.2
Terceiro Quartil	20.8	7.3	1.0	0.3
Média Aritmética	18.4	6.2	1.5	0.3
Desvio Padrão	23.5	2.9	1.1	0.2
Coefficiente de	127.9%	47.2%	73.5%	62.9%

p-valor (normalidade) 0.0056* 0.0416* 0.0055* 0.0093*

Fonte: Protocolo da pesquisa.
teste de normalidade, Shapiro-Wilk.

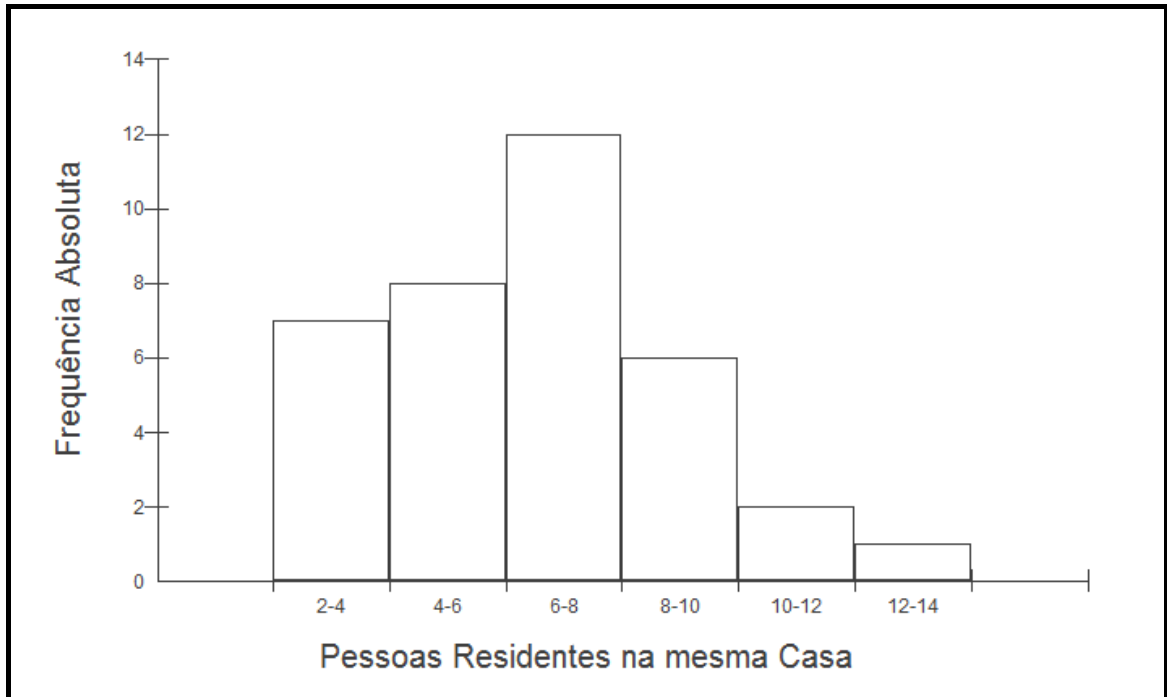
A figura 1 mostra o tempo de internação dos pacientes submetidos à colostomia. Dezesesseis pacientes ficaram entre 11 e 20 dias internados no hospital, em segundo lugar, com 14 pacientes, veio o grupo que ficou até 10 dias internado, e em terceiro lugar, com 7 pacientes, veio o grupo de pacientes que ficou entre 21 e 30 dias.



Fonte: Protocolo da pesquisa.

Figura 1 - Distribuição do tempo de internação dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

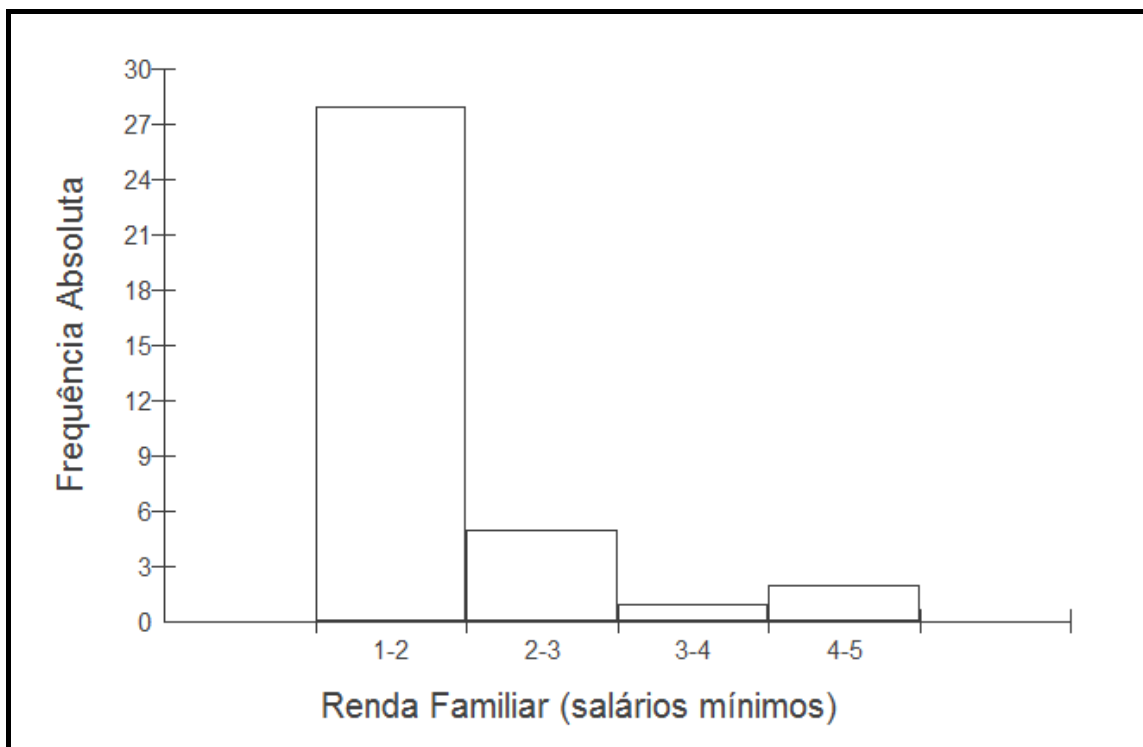
A figura 2 mostra o número de residentes por domicílio. O que se observa é que na residência de 12 pacientes colostomizados moram de 6 a 7 pessoas, em seguida pode-se destacar que na residência de 8 pacientes moram de 4 a 5 pessoas, e na residência de 7 colostomizados moram de 2 a 3 pessoas.



Fonte: Protocolo da pesquisa.

Figura 2 - Distribuição do número de residentes por domicílio dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

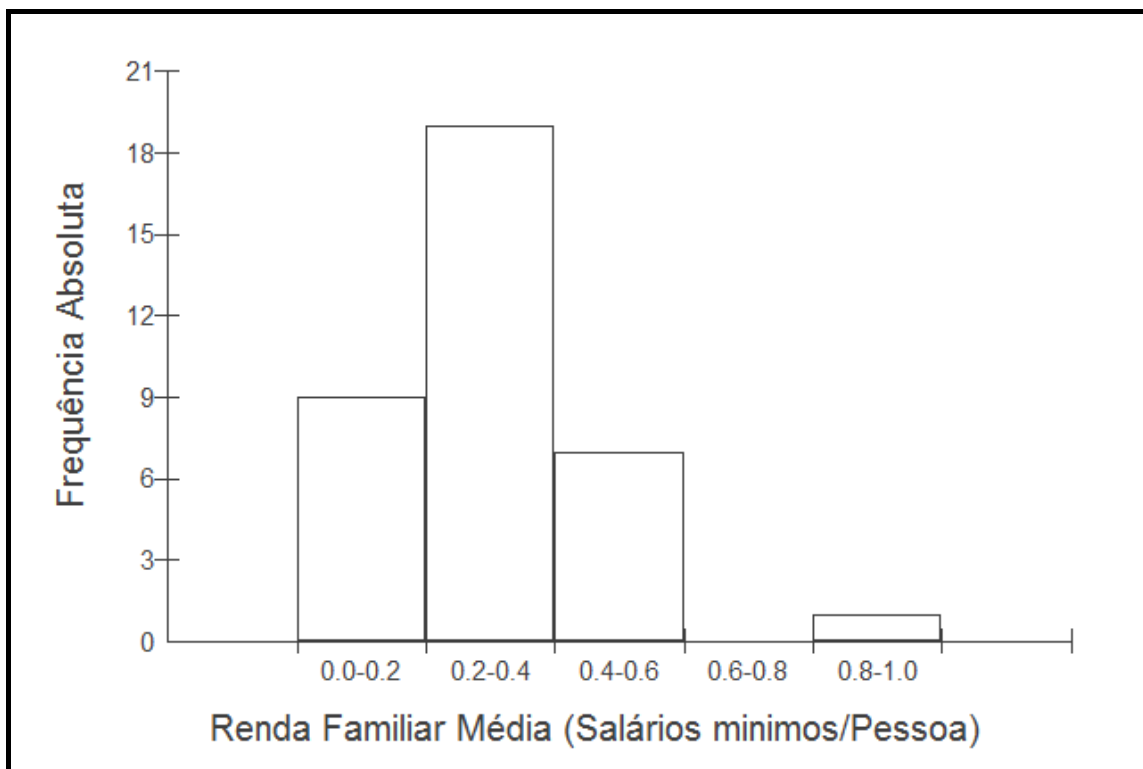
A figura 3 mostra a renda familiar média. Essa figura revela que 28 famílias de pacientes colostomizados tinham uma renda familiar média mensal menor que 2 salários mínimos, em seguida temos 5 famílias com renda maior ou igual a 2 e menor que 3 salários mínimos, duas famílias com renda maior ou igual a 4 e menor que 5 salários mínimos e uma família com renda maior ou igual a 3 e menor que 4 salários mínimos.



Fonte: Protocolo da pesquisa.

Figura 3 - Distribuição da renda familiar média dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

A figura 4 revela a renda média per capita na residência do paciente colostomizado. Na casa de 19 pacientes colostomizados, a renda estava maior ou igual 0.2 e menor que 0.4 salários mínimos, em seguida temos que a renda, na residência de nove pacientes colostomizados era menor que 0.2 salários. Somente na residência de um paciente tal renda foi maior ou igual a 0.8 e menor que 1 salário mínimo.



Fonte: Protocolo da pesquisa.

FIGURA 4 - Distribuição da renda média per capita (salários mínimos mensais) na residência dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

A tabela 4 revela que 53,5% dos pacientes são provenientes da região metropolitana de Belém e 46,5% são provenientes do interior do estado do Pará. Estatisticamente não se observou diferença, haja vista que o p-valor = 0.7604. Logo, se aceita a hipótese da igualdade entre ambas as procedências.

TABELA 4 - Distribuição da procedência dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

Procedência	Ocorrências	Frequência relativa (%)
Região Metropolitana de Belém	23	53.5
Interior do Estado do Pará	20	46.5
Total	43	100.0

Fonte: Protocolo da pesquisa.

p-valor = 0.7604, Qui-quadrado de tendência, GL=1.

A tabela 5 mostra que 69.8% dos pacientes estão colostomizados a mais de 12 meses, em seguida temos que 18.6% estão colostomizados até 6 meses, e 11.6% dos pacientes estão colostomizados entre 7 e 12 meses. O teste do Qui-quadrado resultou em um p-valor <0.0001 (altamente significativo). Portanto, foi atestada a tendência predominante para os pacientes com mais de 12 meses em uso de bolsa de colostomia.

TABELA 5 - Distribuição do tempo de colostomia dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

Tempo de Colostomia	Ocorrências	Frequência relativa (%)
Até 6 meses	8	18.6
Entre 7 a 12 meses	5	11.6
Acima de 12 meses	30	69.8
Total	43	100.0

Fonte: Protocolo da pesquisa.

p-valor <0.0001, Qui-quadrado de tendência, GL=1.

A tabela 6 revela as causas que levaram a implantação das colostomias nesses 43 pacientes. As anomalias anorretais foram responsáveis por 40.5% das indicações de colostomias, em seguida veio o megacólon congênito com 35.7%, e em terceiro lugar as causas traumáticas com 11.9% dos casos. Tal variável foi avaliada pelo Qui-quadrado, o qual resultou no p-valor =0.0002 (altamente significativa), portanto conclui-se que anomalias anorretais representam a indicação predominante de colostomia.

TABELA 6 - Distribuição das indicações de colostomia dos pacientes colostomizados na FSCMPA, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010.

INDICAÇÃO	Ocorrências	Frequência relativa (%)
Megacólon congênito	15	35.7
Anomalias anorretais	17	40.5
Complicação de procedimento anterior	3	7.1
Neoplasia	3	7.1
Trauma	5	11.9
Total	43	100.0

Fonte: Protocolo da pesquisa.
p-valor =0.00002, Qui-quadrado de tendência, GL=5.

Em 2010 Sistema Único de Saúde pagava R\$ 984,45 por cada procedimento de colostomia, e R\$16,10 por cada dia de internação hospitalar. Baseado nessas informações pode-se concluir que esse total de 43 pacientes custou aos cofres públicos, no mínimo, R\$54.599,55 (cinquenta e quatro mil, quinhentos e noventa e nove reais e cinquenta e cinco centavos), valor correspondente a soma de todos os procedimentos cirúrgicos mais o total de dias de internação hospitalar.

5. DISCUSSÃO

Dos 43 pacientes colostomizados na FSCMPA, 33 eram da faixa etária de 0 a 10 anos (76,74%), três eram de 10 a 20 anos (6,97%), quatro eram de 20-40 anos (9,30%) e três maiores de 40 anos (6,97%), evidenciando maior incidência dos atendimentos na população pediátrica, haja vista boa significância estatística, com p-valor < 0,05.

De toda a amostra, 27 eram do sexo masculino, correspondendo a 62,8%, dentre os quais 85,18% eram de 0 a 10 anos, enquanto que 16 eram do sexo feminino, sendo 62,5% delas da mesma faixa etária, sugerindo o procedimento ser mais comum em crianças do sexo masculino.

As anomalias anorretais foram a maior causa de confecção de colostomia, correspondendo a 40,5% dos casos, seguida do megacólon congênito, com 35,7%. É importante ressaltar que estas são patologias eminentemente pediátricas. Em terceiro lugar veio o trauma, indicação que acometeu população acima dos 20 anos. Tais dados são condizentes com a literatura consultada.

É válido lembrar que a FSCMPA é um hospital que atende 100% a população do SUS, e está cadastrado como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém nascido, informação condizente com perfil encontrado dos pacientes inclusos no estudo.

Um estudo retrospectivo realizado na Nigéria por Uba e Chirdan (2003) entre 1991 e 2001 mostrou que dentre 116 crianças entre 1 dia de vida e 14 anos, a mediana da idade onde se concentrou o maior número de colostomias foi em crianças com 3 semanas de vida. Do total da amostra, 78 eram meninos (67,24%) enquanto 38 eram meninas (32,75%), na proporção de dois para um. Neste mesmo estudo, o megacólon congênito e as anomalias anorretais foram as principais causas de colostomias, correspondendo respectivamente a 58,6% e 37,9%, evidenciando as mesmas tendências nas variáveis de ambos os estudos.

Ameh et al (2006) em outro estudo encontrou no perfil da amostra 41 pacientes do sexo masculino e 16 do sexo feminino. Nesta mesma amostra, malformações anorretais prevaleceram como causa da estomia em 28 crianças e o megacólon congênito em 29. Mais recentemente, SHUKLA et al (2010) realizaram um estudo prospectivo com 151 lactentes e crianças admitidos para o fechamento de colostomia. Eles dividiram estes pacientes em grupo **A** e **B** para avaliarem duas técnicas diferentes de fechamento de colostomia, o que é interessante a ser destacado deste trabalho é que no grupo **A** a idade média dos pacientes foi de 3,86 anos, e no grupo **B** ela foi de 3,53 anos. No grupo **A** se teve 49 homens e 21 mulheres, já no grupo **B** foram 59 homens e 22 mulheres. Quanto as causas que levaram a implantação da colostomia, no grupo **A**, 45 pacientes tiveram malformação anorretal, 24 sofriram de

doença de Hirschsprung, já no grupo **B**, 45 pacientes tinham malformação anorretal, e 34 doença de Hirschsprung.

Bischoff et al (2010) realizaram um levantamento de 28 anos que totalizou 649 prontuários de pacientes que foram submetidos ao fechamento de colostomia. Uma variável relevante neste estudo foi o das indicações que levaram a implantação da colostomia em que se observou que 583 pacientes tiveram diagnóstico de malformação anorretal, seguida da doença de Hirschsprung com 53 casos.

De maneira geral, o que se observa nestes trabalhos que aqui foram citados é uma predominância de pacientes do sexo masculino, com faixa etária relativamente baixa e a malformação anorretal seguida do megacólon congênito como sendo as principais causas de indicação de colostomia, dados semelhantes aos encontrados em nosso estudo.

Portanto as duas principais causas, anomalias anorretais e megacólon congênito revezam entre primeira e segunda causa de colostomia em crianças, como também mostra Ameh et al (2008) em outro estudo, evidenciando anomalias anorretais com 48% da amostra, seguida de megacólon congênito com 39%. As restantes são causas adquiridas como fístulas retovaginais, perineais e lesão colônica esquerda, correspondendo a 13% da amostra.

Esses dados refletem a crescente necessidade de pré-natal adequado, triagem e diagnóstico precoce, em crianças, de doenças que culminam com anomalias do trato intestinal distal.

Já nos adultos as causas diferem bastante. O perfil do adulto achado em nosso estudo mostra a mesma tendência que o trabalho de Bahten et al (2006), evidenciando as causas traumáticas como principal causador de colostomias na população adulta, correspondendo a 45,23% numa população de idade média de 42,04 anos. Assim como Silva, A, et al (2010) em um estudo de perfil epidemiológico de 86 pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal com idade média de 43 anos, sendo as lesões traumáticas predominantes com 38,2%, e câncer colorectal com 22,47%.

O tempo de internação dos 43 pacientes da pesquisa foi caracterizado pela mediana e correspondeu a 13.5 dias, evidenciando o quanto o procedimento lentifica a rotatividade de

leitos na instituição além de aumentar os riscos de infecção hospitalar, sobretudo em crianças, as quais corresponderam a um tempo médio de 18,06 dias, situação agravada pelo fato de serem imaturas imunologicamente. Não há parâmetros para comparar com outros estudos haja vista não haver na literatura dados suficientes em relação a tempo de internação após a implantação da colostomia.

O tempo de colostomia predominante foi acima de 12 meses (30 dos 43 pacientes), da mesma forma, Ameh et al (2006) mostraram uma variação de tempo entre 3 semanas e 8 anos, que resultou em uma média de 2 anos. Silva, A, et al (2010) também evidenciaram tempo de permanência predominante acima de doze meses, com média de 15,7 meses, ressaltando a dificuldade do acesso ao sistema de saúde na abordagem para reconstrução de trânsito.

Bahten et al (2006), em um estudo retrospectivo dos casos de reconstrução intestinal colônica no Hospital Universitário Cajuru, em Curitiba, comentam que o período médio de permanência até fechamento de uma colostomia situa-se entre 12 a 16 semanas, pelo fato de que ocorreriam maiores índices de complicações se o fechamento ocorresse num tempo inferior a 12 semanas. Esses dados são questionados por alguns centros, que preconizam uma reconstrução mais precoce sem um aumento significativo nas taxas de complicações.

Os trabalhos ainda não demonstram claramente uma diferença significativa nos dois tipos de abordagem, ou seja, precoce ou tardia. Por exemplo, Carreiro; Silva e Abrantes (2000), evidenciaram não haver grandes diferenças entre abordagem precoce e tardia, comparando dois grupos de pacientes submetidos a reconstrução com tempo de colostomias distintos, um grupo com 10 dias de colostomia e o outro com 8 semanas, concluindo que a partir do décimo dia a reconstrução já é possível, dependendo das condições clínicas do paciente e das circunstâncias da causa de colostomia.

O fato é que, não só as complicações são alvo de preocupações como também, as implicações sociais na vida do paciente com colostomia, sobretudo nas crianças, haja vista estarem iniciando o convívio social. Ameh et al (2006) mostraram esse fator através de um estudo de avaliação prospectiva com questionário estruturado aos pais das crianças estomizadas, evidenciando que 23% desses pais tinham dificuldades na aceitação da condição. Apesar de ser a minoria, ainda é um percentual significativo de rejeição. Isso se dá, sobretudo,

segundo suas respostas, devido ao isolamento social do filho pela anomalia anatômica abdominal, o odor exalado (17,3%), as trocas frequentes na bolsa (15,23%) e sangramento intermitente pelo estoma (4,7%). Outras complicações corroboram com essa rejeição, como as citadas por Chirdan et al (2008), evidenciando escoriações de pele (85%), prolapso de colostomia (33%) e persistência de odor fétido (46%), que culminou com taxa de rejeição de 22 %.

Quanto à procedência, houve leve predomínio de pacientes oriundos da Grande Belém, correspondendo a 53.5%, enquanto pacientes vindo do interior do estado corresponderam a 46.5%, evidenciando grande convergência da população do estado para a instituição, haja vista a não interiorização do serviço em nível terciário, sobrecarregando o atendimento.

Dos pacientes vindos do interior do estado, 82% são de renda mensal equivalente a um salário mínimo para toda família, e mais, nessas famílias, o número de pessoas numa residência é em média 6,64, correspondendo a uma renda per capita de R\$147,15 reais. Já os pacientes procedentes da Grande Belém, 68% apresentam uma renda mensal familiar de 1 salário mínimo, correspondendo a R\$152,60 reais de renda per capita, haja vista, o número de pessoas numa residência ser em média 5,78, ou seja, um pouco menor que a unidade familiar interiorana.

Esses dados refletem o perfil econômico da população que mais procura o serviço, ou seja, abaixo da linha da pobreza, com menos de $\frac{1}{4}$ de salário de renda per capita segundo Monteiro (1995). Não se observam diferenças econômicas em relação à procedência.

É relevante destacar que o fato da clientela atendida na FSCMPA ser de baixa renda, a ponto de caracterizarmos como vivendo abaixo da linha da pobreza uma vez que a renda per capita deste estudo foi caracterizada pela mediana, e que esta correspondeu a 0.2 salários mínimos, implica em maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As dificuldades envolvem o acesso a estrutura física da FSCMPA, haja vista que parcela significativa dessa

clientela reside no interior do estado, e enfrentam dificuldades de transporte e de hospedagem, e muitos deles também esbarram na burocracia para adquirir o direito ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD) por parte das secretarias municipais de seus respectivos municípios. Também é importante lembrar das dificuldades em se adquirir medicamentos e / ou suprimentos necessários para o adequado cuidado com a colostomia, que também nem sempre a rede pública de saúde consegue suprir de maneira integral.

Dos pacientes provenientes do interior do estado, 65 % permaneceram colostomizados por mais de um ano, enquanto 73% dos pacientes da Grande Belém permaneceram pelo mesmo tempo. Isto significa não haver grandes diferenças no acesso ao serviço de saúde em relação à procedência, ou seja, a dificuldade de acesso é equivalente para ambos os grupos.

Quanto ao custo, esta população de 43 pacientes representou para os cofres públicos R\$ 54.599,55. Este valor engloba apenas o ato cirúrgico e as diárias de internação hospitalar, não se levou em consideração gasto com exames complementares, medicamentos e as bolsas de colostomia que são trocadas pelos pacientes. É importante destacar que esses pacientes oneram a União a partir do momento em que são afastados de suas atividades laborais e / ou de maneira indireta, afastam os seus responsáveis legais, passando a serem dependentes do serviço de previdência social do país.

Isso mostra o quanto é necessária uma abordagem adequada dessa população, em especial a faixa etária pediátrica, haja vista a grande prevalência no estudo, através de fácil acesso ao serviço de saúde e diagnóstico precoce visando prevenir complicações.

6. CONCLUSÃO

As variáveis que este estudo se propôs a investigar, em parte, foram prejudicadas pelos registros incompletos ou ausentes nos prontuários médicos. Com isto, algumas variáveis tiveram que ser excluídas do trabalho, o que de certa forma prejudicou o resultado final.

47 pacientes tiveram códigos de procedimento correspondente a colostomia emitidos no período do estudo, destes a FSCMPA não encontrou 2 prontuários, 1 paciente foi excluído porque veio a óbito momentos antes da cirurgia e outro teve seu código de procedimento mudado.

Dos 43 pacientes, o sexo masculino predominou sobre o feminino e a faixa etária de zero a dez anos, 76.7% dos casos, foi estatisticamente significante. As variáveis tempo de internação, número de residentes por domicílio, renda familiar média e renda média per capita por morador do domicílio foram caracterizadas, principalmente, pela mediana. Estatisticamente, tais variáveis não apresentaram distribuição normal, ou seja, não obedecem ao padrão Gaussiano. O que se pode destacar é que o tempo de internação foi de 13.5 dias, seis pessoas residindo em um mesmo domicílio, renda familiar de 1 salário mínimo e renda per capita de 0.2 salários mínimos.

Quanto a variável procedência, não houve diferença estatisticamente significante, e o achado do estudo foi que 53.5% dos pacientes são oriundos da Grande Belém. Já as variáveis tempo de internação e causa da implantação da colostomia foram estatisticamente significantes. O estudo evidenciou que 69.8% dos pacientes estão colostomizados há mais de um ano e que em 40.5% dos casos as anomalias anorretais constituíram a principal indicação de colostomia.

Quanto ao custo financeiro destes pacientes para o SUS, é importante destacar que o valor aqui levantado, R\$54.599,55 engloba somente o gasto com o procedimento cirúrgico e com a diária hospitalar. Custos de exames complementares, medicamentos e bolsas de colostomia não estão inclusos.

O fato da emissão de apenas 47 códigos de procedimento correspondente a colostomia em cinco anos na FSCMPA levanta a hipótese de subnotificação e/ou utilização de outro

código de procedimento que não a colostomia, haja vista que este é um hospital escola com residência médica em cirurgia geral e este número não reflete o dia-a-dia do centro cirúrgico e das enfermarias do hospital.

Também é importante destacar que a elevada proporção de pacientes pediátricos, e conseqüentemente o achado de patologias eminentemente pediátricas como sendo as causas de realização de colostomia, se explica pelo fato da FSCMPA ser um hospital de referência na atenção a gestante de alto risco e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E.S.S.; ANCELMO, M.N.S.; SOARES, M.J.G.O. **Perfil epidemiológico das estomias assistidas no estado da Paraíba.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza, p. 5227-5229.

AMEH, E. A. et al. Colostomy in children: an evaluation of acceptance among mothers and caregivers in a developing country. **Pediatric Surgery**, v.44, n.4, p. 138-139, 2006.

AYRES, M. et al. **BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas.** 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. p.361

BACELAR, S. et al. Expressões médicas errôneas. Erros e acertos. **Acta. cir. bras**, v.19, n.5, p. 582-584, 2004.

BAHTEN, L.C.V. et al. Morbimortalidade da reconstrução de transito intestinal colônica em hospital universitário – análise de 42 Casos. **Ver. Bras. Coloproct.**, v.26, n.2, p. 123-127, abr. –jun., 2006.

BARREIRE, S.G. et al. Qualidade de vida de crianças ostomizadas. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.1, p. 55-62, 2003.

BECHARA, R.N. et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. **Rev. bras. coloproct**, v.25, n.2, p.146-149, 2005

BELLATO, R. et al. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Cienc. cuid. saúde**, v.6, n.1, p.40-50, jan-mar. 2007.

BICA, D; BRAZ, M. Apendicecostomia ortotopica continente (Procedimiento de Malone): evaluacion de 5 caso. **Rev. cir. Infant.**, v.6, n.4, p.193-195,1996.

BIONDO-SIMÕES, M.L.P. et al. Análise das complicações pós-operatórias em decolostomias. **Acta. cir. Brás.**, v.15, n.3, p.53-57, 2000.

BISCHOFF, A. et al. **Colostomy closure: how to avoid complications. *Pediatr. Surg. Int.***, v.26, n.11, p.1087-92, 2010.

BRANDT, C.T. **Introdução à Cirurgia Geral da Criança.** Editora universitária UFPE, 2003, p.137-141.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

CARREIRO, P.R.L.; SILVA, A.L.; ABRANTES, W.L. fechamento precoce das colostomias em pacientes com trauma do reto: um estudo prospectivo e casualizado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.27, n.5, p.298-304, 2000.

CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto contexto enferm.**, v.16, n.1, p.163-167, jan-mar. 2007.

CASTRO, O.A.P. et al. Colostomias temporárias: quando fechar?. **Rev. assoc. med. Brás.**, v.50, n.3, sept. 2004.

CESARETTI, I.U.R.; SANTOS, V.L.C.G.; VIANNA, L.A.C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Rev. bras. enfermagem**, v.63, n.1, p.16-21, 2010.

CHIRDAN, L.B. et al. Colostomy for high anorectal malformation: an evaluation of morbidity and mortality in developing country. **Pediatric Surgery International**, v.24, n.4, p. 407-410, 2008.

CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem multidisciplinar.** Uberaba. Pinti, 1997.

CURI, A. et al. Morbimortalidade associada à reconstrução de trânsito intestinal. – Análise de 67 casos. **Rev. bras. Coloproct.**, v.22, n.2, p.88-97, 2002.

DOMÍNGUEZ, G.L. Colostomías: clasificación, indicaciones, detalles de técnica. **Rev. Cubana cir**, v. 46, n. 4, 2007 .

GHORRA, S.G. et al. Colostomy closure: impact of preoperative risk factors on morbidity. **Am. Surg.**, v.65, n.3, p.266-699, 1999.

GILBERT, M.J.; MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. Experiências de mães de filhos com doença de hirschsprung: subsídios para os cuidados da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.13, n.4, p.793-801, out-dez, 2009.

GOFFI, F.S. **Técnica Cirúrgica:** bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 4 ed. São Paulo. Atheneu, 2004, p. 614 – 619.

KHOURY, D. A. et al. Colostomy closure. Ochsner clinic experience. **Dis. Colon Rectum.**, v.39, n.6, p.605-609, jun. 1996.

- LEITE, J. POÇAS, F. tratamento da incontinência fecal. **Rev. Port. Coloproct.**, v.7, n.2, p.68-72, 2010.
- MARTINS, A.S.; HIROSE, M. Constipação funcional: uma abordagem do pediatra geral. Medcenter. Disponível em: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=935&langt ype =1046>. Acessado em: 26/08/11.
- MEIRELLES, C.; FERRAZ, C.A. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. **Rev. latino-am. enfermagem**, v.9, n.5, p.32-38, set.-out. 2001.
- MELO, M.C.; KAMADA, I. Anomalia anorretal e cuidados maternos. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.1, p.176-179, jan-fev, 2011.
- MONTEIRO, C.A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. **Estud. av.**, v.9, n.24, p. 195-207, Aug. 1995.
- MONTEIRO, E.L.C; SANTANA, E.M. **Técnica cirúrgica**. Rio de Janeiro. Guanabara-koogan, 2006, p. 878-895.
- MORAES et al. **Assistência de enfermagem ao recém-nascido portador de anomalia anorretal**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 7, 2004, Fortaleza.
- PAZ, A.M. Revisión: Enfermedad de Hirschsprung. **Rev. Ped. Elec.**, v.5, n.1, 2008.
- PEREIRA, O. et al. Ostomias originadas por traumas. **Rev Ass. Bras. ostomizados.** , v.8, p. 12-13, 2007.
- REIS, L.D.O. et al. Cirurgia de hartmann: análise de 41 casos em hospital de referência do norte do Paraná. **Rev. bras. Coloproct.**, v.21, n.1, p.19-22, 2001
- SHUKLA, R.M. et al. Outcome of colostomy closure with differnt skin closure techniques in a developing country. **Afr. J. Paediatr. Surg.**, v.7, n.3, p. 156-158, 2010.
- SILVA, A, J.B. et al. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do nordeste brasileiro. **ABCD Arq. bras. cir. Dig.**, v.23, n.3, p.150-153, 2010.
- SILVA, B, R.G. et al. Reconstrução de trânsito intestinal após confecção de colostomia à Hartmann. **Rev. col. bras. cir.**, v.37, n.1, p.17-22, 2010.
- STUMM, E.M.F; OLIVEIRA, E.R.A.; KIRSCHNER, R.M. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica**, v.18, n.1, p. 26-30, 2008.
- SOBRAL, H.A.C. et al. Fechamento de colostomias: com ou sem estudo do cólon?. **Rev bras. colo-proctol.**, v.28, n.3, Sept. 2008.
- UBA, A.F.; CHIRDAN, L.B. Colostomy complications in children. **Annals of African Medicine**, v.2, n.1, p.9-12, 2003.

VALDES, A.G. et al. Experiências de crianças com estomias: estudo qualitativo. **Rev. estima**, v.8, n.3, p.19 – 26, 2010.

VILLAR, M.A.M. et al. Doença de Hirschsprung: experiência com uma série de 55 casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.9, n.3, p.285-291, jul. / set., 2009.

VIOLIN, M.R.; MATHIAS, T.A.F.; UCHIMURA, T.T. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. **Rev. eletr. enf**, v.10, n.4, p.924-32, 2008.

WONG, R.W. et al. Factors influencing the safety of colostomy closure in the elderly. **J. surg. Res.**, v.57, n.2, p.289-292, 1994.

APÊNDICE

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

Número de Registro: _____

Data da Coleta: __/__/__

Data de internação: __/__/__

Data de Saída: __/__/__

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: () 0 – 10 anos () 11 – 20 anos () 21 – 30 anos () 31 – 40 anos
() 41 – 50 anos () 51 – 60 anos () 61 – 70 anos () Mais de 70 anos

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Número de residentes no domicílio: _____

Renda familiar média: _____

Tipo de moradia: _____

Procedência: () Região Metropolitana de Belém
() Interior do Estado do Pará
() Outros Estados

Tempo de uso da Colostomia:

() 1 – 6 meses () 7 – 12 meses () Acima de 12 meses

Indicação de Realização da Colostomia: _____

Tipo de exteriorização da colostomia: () Terminal () Alça () Boca dupla separada

ANEXO

ANEXO A

ORIENTADOR: Dr. William Mota de Siqueira

PESQUISADORES: Fábio de Oliveira Sousa e Marlon Rodrigues Alves.

Os pesquisadores do trabalho acima identificado assumem o compromisso de:

1. Preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
2. Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.
4. Que serão respeitadas todas as normas da Resolução 196/96 e suas complementares na execução deste projeto.

Fábio de Oliveira Sousa

Marlon Rodrigues Alves

Belém, 08 de Junho de 2010