



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

RENATA CAMILA LACERDA DE FREITAS

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DEMARCAÇÃO DO ESTOMA NO
PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO**

SÃO JOÃO DEL REI
2017

RENATA CAMILA LACERDA DE FREITAS

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DEMARCAÇÃO DO ESTOMA NO
PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^o Gilberto Souza

SÃO JOÃO DEL REI

2017

IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DEMARCAÇÃO DO ESTOMA NO PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO

FREITAS, Renata Camila Lacerda de¹

¹Renata Camila Lacerda de Freitas, graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Tancredo de Almeida Neves- UNIPTAN.

RESUMO: Uma estomia é um evento de grande impacto na vida de um indivíduo, alterando sua imagem corporal, vida sexual e social e interferindo assim, diretamente na sua qualidade de vida. O enfermeiro estomaterapeuta tem grande papel e influencia diretamente na recuperação do paciente estomizado, não só na assistência ao pós-operatório, mas principalmente no pré-operatório mediato, tendo como destaque a demarcação do estoma. A localização adequada do estoma constitui-se provavelmente no fator mais importante para o paciente, assegurando o uso do dispositivo com segurança e o retorno mais precoce a vida normal. Porém, grande parte das cirurgias para confecção de estomas, é realizada sem que haja demarcação prévia do local correto para o estoma, acarretando em complicações para o paciente. O presente artigo tem como objetivo destacar o papel da enfermagem para o aumento da qualidade de vida do estomizado.

Palavras chaves: Colostomia. Estomia. Enfermagem

1. Introdução

O termo ostomia é de origem grega e tem como significado boca ou abertura e é usado para nomear a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo. Dependendo do segmento corporal de onde provém o estoma, este recebe diferentes denominações. Quando essa exteriorização ocorre em algum segmento do intestino para eliminação de fezes ou secreções, a denominamos de colostomia (abertura no cólon) ou ileostomia (abertura no íleo)¹

As estomias podem ainda ser temporárias ou definitivas, de acordo com as patologias a serem tratadas ou os objetivos a serem alcançados. As temporárias se estabelecem em um determinado período de tempo, podendo ser de meses ou anos. As definitivas são aquelas em que o paciente terá o estoma permanentemente, enquanto viver.^{2, 3, 4}

Essa nova condição de vida implica uso contínuo da bolsa coletora, fazendo com que esse paciente necessite de atendimento sistematizado e multiprofissional.⁵

As causas que levam à realização de uma ostomia são variadas. Entre as mais frequentes estão os traumatismos, as doenças congênitas, as doenças inflamatórias, os tumores e o câncer do intestino.⁶

Compreende-se que o indivíduo estomizado, não tem apenas a perda de um segmento do seu corpo, e sim altera a sua conformação estética e deixa de ter capacidade ou competência para controlar seus processos fisiológicos básicos dentro da evolução física e social da espécie. Dessa maneira as alterações de autoimagem são determinantes para a qualidade de vida do sujeito estomizado e para seu processo de reabilitação.¹

Uma estomia é um evento com grande impacto na qualidade de vida, imagem corporal, sexualidade, vida social, familiar e suporte adequado. Uma abordagem profissional ambulatorial prévia reduz o impacto emocional do pós-operatório, melhora o conhecimento do paciente sobre a cirurgia, os cuidados necessários e como se adaptar a vida com estomia.⁷

O pré-operatório mediato é o período que vai da marcação da cirurgia até 24 horas antes do procedimento. As 24 horas que antecedem a cirurgia compreendem o período do pré-operatório imediato. Neste período o paciente é anestesiado ou pré anestesiado, e passa por todos os cuidados necessários para que a cirurgia possa ocorrer sem intercorrências. O intra-operatório é o momento em que o paciente é transferido para o bloco cirúrgico até a sua admissão na sala de recuperação pós-anestésica. A partir da sala de recuperação pós-anestésica até o momento da alta, o paciente passa pelo período pós-operatório, que pode ainda ser dividido em três fases: o pós-operatório imediato, mediato e tardio. O pós-operatório imediato é aquele que se inicia ao final da cirurgia, até 24 horas após. O pós-operatório mediato é aquele que compreende entre o término das primeiras 24 horas, até 7 dias após a cirurgia. Após esse período temos o pós-operatório tardio.^{8,}

9

Embora todas as fases sejam importantes, merece destaque, a fase pré-operatória, não só por ser o foco do presente artigo, mas principalmente por ser o período em que o paciente se encontra mais vulnerável, tantos nos aspectos fisiológicos quanto psicológicos. Nesta fase, o enfermeiro tem papel crucial no enfrentamento do procedimento, uma vez que tem a oportunidade de conhecer o paciente, levantar problemas e necessidades, fornecer informações, entre outros.⁹

Esse tipo de assistência oferece os subsídios para o planejamento das ações de intervenção, de forma individualizada e com mais qualidade. É o período onde a enfermagem, além de diminuir a angústia e capacitar o indivíduo a atravessar o difícil momento da cirurgia em condições toleráveis de ansiedade, facilitará a assistência nas demais fases do processo cirúrgico.¹⁰

É de grande importância que a visita do pré-operatório para cirurgia de estomia seja realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta. Essa visita gera benefícios tanto para o cliente que irá se submeter à cirurgia quanto para a família. Nela, investigam-se os níveis de conhecimento do paciente e família acerca do diagnóstico e tratamento.¹¹

Um ponto de destaque na visita pré-operatória é a demarcação do estoma que irá prevenir futuras complicações. Assim sendo, o planejamento pré-operatório do local do estoma é fundamental para o sucesso da reabilitação. A demarcação deve ser realizada até 24 horas antes da cirurgia, atendendo as necessidades e particularidades de cada paciente evitando problemas no pós-operatório como as dermatites periestomais, herniações, dificuldade na adesão e fixação de dispositivos de coleta.¹¹

As inúmeras complicações estomais e paraestomais surgem da precária localização do estoma. Escolher o local na sala de cirurgia antes da intervenção, e sem uma avaliação prévia não resulta em boas escolhas de localização do estoma.³

Apontam-se seis fatores básicos a serem avaliados na escolha do local do estoma: a região do abdome e tipo de cirurgia proposta, localização do músculo reto-abdominal, superfície de aderência do abdome, visibilidade do local, distância adequada de áreas críticas e presença de próteses ou aparelhos ortopédicos. A demarcação do estoma intestinal deve ser feita no músculo reto abdominal.³

A localização adequada do estoma constitui-se provavelmente no fator mais importante para o paciente, assegurando o uso do dispositivo com segurança e o retorno mais precoce a vida normal. A reabilitação é um dos principais objetivos da Terapia Enterostomal, assim o local do estoma deve ser selecionado cuidadosamente no pré-operatório, levando em consideração as atividades do paciente, limitações físicas e sua constituição anatômica.³

Dessa maneira, o presente artigo tem como escopo, que os profissionais da saúde em geral, mas principalmente o enfermeiro, entenda, que diante da

complexidade da situação, há uma grande necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional, com conhecimento apropriado em estomias.

Objetiva-se ainda, que os pacientes submetidos a estomias, possam adaptar-se a bolsa e melhorem a qualidade de vida, a partir do momento que o médicos e enfermeiros entendam que um estoma bem demarcado e confeccionado diminui drasticamente complicações no pós-operatório, facilitando o autocuidado e auxiliando nos aspectos psicossociais

A pesquisa foi realizada através de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre determinado problema, sistematizando o conhecimento científico a partir da síntese e análise do conhecimento atual já produzido sobre o tema que se pretende investigar, seguindo um padrão metodológico.¹²

Para a construção deste estudo utilizou-se as seguintes etapas: Definição do tema, identificação do problema de pesquisa ou questão norteadora, estabelecimento do objetivo, busca pelos descritores, estratégia de busca pra seleção da amostragem (critérios de inclusão ou exclusão), seleção das bases de dados, definição das informações a serem obtidas a partir dos estudos selecionados, categorização destes por meio de um instrumento adaptado para extração das informações dos estudos, seguido da análise crítica dos estudos, discussão e interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.¹³

Para esta pesquisa específica, o tema abordado foi “A importância da atuação do enfermeiro na demarcação do estoma no pré-operatório mediato”. Posteriormente deu-se início à etapa de estratégia de busca nas bases de dados: ScientificElectronic Library Online (SciELO), EBSCOhost e DynaMed Plus. Foram priorizados os artigos nacionais para descrever a problemática proposta.

O período dos últimos 10 (dez) anos (2007 a 2016) de publicação dos artigos foi estabelecido para o recorte temporal deste trabalho.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes descritores em saúde: estomia.

Nesta perspectiva, dos 50 (cinquenta) artigos encontrados inicialmente, apenas 20 (vinte) obedeciam aos critérios de inclusão para esta pesquisa, ou seja, estavam inseridos no recorte temporal, possuíam a temática da importância da atuação do enfermeiro na demarcação do estoma no pré-operatório mediato.

2. Estomia: Definição e História

Estoma ou estomia é um termo derivado do grego “stoma”, que significa boca, abertura. Do ponto de vista cirúrgico, refere-se a uma condição orgânica, resultante de uma intervenção cirúrgica com o objetivo de reestabelecer a comunicação entre uma víscera ou órgão oco com o meio externo, compensando seu funcionamento afetado por alguma patologia, ou qualquer situação que venha a interferir na fisiologia desses órgãos.¹⁴

Alterações do funcionamento do aparelho urinário ou intestinal podem resultar na criação de uma estomia devido à necessidade de desviar o trânsito normal das eliminações fisiológicas. Entre as mais frequentes para a realização de estomias estão os traumatismos, as doenças congênitas, as doenças inflamatórias, os tumores e o câncer do intestino.⁶

A história da estomia remota aos tempos bíblicos na qual Praxógoras de Kos (em 350 aC) teria realizado uma estomia através de um trauma abdominal. “(...) e Aod, estendendo sua mão esquerda tirou a adaga e Iha cravou no ventre (de Eglon, rei de Moab) com tanta força que os copos entraram com a folha pela ferida (...) e logo os excrementos do ventre surgiram pela ferida”. Porém, os relatos de estomia tornam-se mais frequentes a partir do século XIX.¹⁵

Em 1709 Lorenz Heister, um médico cirurgião realizou operações que vieram a ser chamadas de enterostomia em soldados de guerra que apresentavam ferimentos intestinais. Posteriormente descobriu-se que a técnica de Heister consistia na fixação das feridas à parede abdominal e não na realização de verdadeiras ostomias. Em 1776, constata-se por Pillore, a realização de uma cecostomia inguinal com sucesso. Em 1783, um cirurgião de Napoleão, Antoine Dubois, relata a realização de uma colostomia em uma criança de três dias nascida com imperfuração anal.¹⁵

O início da década de 1950 foi designado como “a era moderna das estomias” alcançado nesta época novos conhecimentos, em especial através dos trabalhos de Patey e Butler. A partir de meados do século XX até aos dias de hoje, ocorreu uma grande evolução nas técnicas cirúrgicas utilizadas na realização de ostomias e nos equipamentos e dispositivos disponíveis.¹¹

Os estomas podem ser classificados conforme a temporalidade e o segmento do corpo que é exteriorizado.¹⁴

Os estomas intestinais, que são o foco deste artigo, podem encontrar-se no segmento do intestino grosso (sendo denominada como colostomia) ou delgado, sendo realizada na porção do íleo denominada ileostomia.^{14, 7}

O intestino grosso possui aproximadamente 1,5m e é dividido anatomicamente em três partes: ceco, cólon e reto. O cólon por sua vez divide-se ainda em três outras partes: ascendente (localizada no quadrante inferior direito do abdome); transversa (localizado na parte transversa do cólon) e descendente ou sigmoide (localizado no quadrante inferior esquerdo do abdome). A colostomia pode ser realizada em qualquer um desses segmentos, e sua localização irá influenciar inclusive na natureza da eliminação fecal e consistência das fezes. Os fatores que levam as pessoas se submeterem aos procedimentos cirúrgicos que resultam em uma colostomia são câncer de cólon e reto, retocolite ulcerativa, Doença de Crohn, Doença de Chagas, obstruções no trato gastrointestinal, perfurações causadas por armas de fogo, e objetos perfuro-cortantes.⁴

O íleo é parte terminal do intestino delgado, localizada entre o jejuno e a primeira porção do intestino grosso, a ileostomia é confeccionada com fixação da alça intestinal no abdome, geralmente à direita e é realizada quando existe uma extensa lesão, para reduzir a atividade no cólon ressecção de intestino grosso ocasionados por neoplasias malignas.⁴

Conforme seu tempo de permanência o estoma será classificado como temporário ou definitivo. O temporário é confeccionado por um determinado período de tempo, podendo ser de meses ou anos, possibilitando posteriormente o restabelecimento do trânsito intestinal ou urinário. O definitivo não permite o restabelecimento do trânsito intestinal ou urinário, permanecendo por toda a vida do indivíduo. O estoma é definitivo em situações de ressecções anorretais completas, incontinência fecal intratável ou anomalias congênitas em que o trânsito normal não pode ser reconstruído.^{2, 3, 4, 16}

Juntamente com a evolução das técnicas, surgiu-se a percepção de que o indivíduo estomizado deve ser visto de maneira diferenciada, individualizada e voltada para a sua condição.⁴

A atenção ao estomizado ganhou nova dimensão após a publicação do Decreto Lei no 3.298 de 20 de dezembro de 1999, que passou a

considerar a pessoa estomizada como deficiente físico, e com a instituição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio da portaria MS/GM no 1.060 de 5 de junho de 2002. Essa política teve como objetivos gerais proteger e reabilitar a pessoa com deficiência em sua capacidade funcional e em seu desempenho humano, a fim de contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiência.¹⁷ (MORAES *et al* 2014).

O indivíduo estomizado passou a ser associado ao Programa de Saúde da Pessoa com Deficiência e a ser assistido pelo Programa de Órteses e Próteses para a distribuição de dispositivos e bolsas coletoras, fornecidos mensalmente nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.¹⁷

3. O papel da Enfermagem no Pré-Operatório

O indivíduo que irá conviver com um estoma, seja de forma temporária ou permanente necessita de cuidados de enfermagem que incluem cuidados físicos, orientações e treinamento tanto para o paciente quanto para a família, além do suporte psicoemocional e social. Cuidados esses que se iniciam na consulta de enfermagem pelo estomaterapeuta desde a fase do pré-operatório mediato e tem como principal finalidade proporcionar uma melhor adaptabilidade no pós-operatório.^{16, 18}

É de grande importância que a visita do pré-operatório para cirurgia de ostomia seja realizada pelo enfermeiro estomaterapeuta. Essa visita gera benefícios tanto para o cliente que irá se submeter à cirurgia quanto para a família. Nela, investigam-se os níveis de conhecimento do paciente e família acerca do diagnóstico e tratamento.¹⁰

A estomaterapia como especialidade da enfermagem nasceu oficialmente em 1961, na Cleveland Clinic Foundation, nos EUA e podia ser exercida por outros profissionais de saúde ou mesmo por leigos até a década de 70. A estomaterapia passou a ser uma especialidade exclusiva do enfermeiro a partir de 1980 com a criação da World Council of Enterostomal Therapist (WCET-fundado em 1978), um órgão oficial da estomaterapia mundial e tem como finalidade principal a promoção dos especialistas e a normalização da especialidade em todo mundo.¹⁸

A estomaterapia é uma especialidade (pós-graduação *latu sensu*) da prática do enfermeiro - instituída no Brasil em 1990 - voltada para a assistência às pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas

e incontinências anal e urinária, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida.¹⁹

Dentre as competências clínicas do estomaterapeuta no pré operatório está a realização da demarcação do local onde será implantado o futuro estoma, sendo a escolha da demarcação deste local a parte mais importante do pré-operatório.⁹

As inúmeras complicações estomais e paraestomais surgem da precária localização do estoma. Escolher o local na sala de cirurgia antes da intervenção, e sem uma avaliação prévia não resulta em boas escolhas de localização do estoma. Assim sendo, o planejamento pré-operatório do local do estoma é fundamental para o sucesso da reabilitação. A demarcação deve ser realizada até 24 horas antes da cirurgia, atendendo as necessidades e particularidades de cada paciente evitando problemas no pós-operatório como as dermatites periestomais, herniações, dificuldade na adesão e fixação de dispositivos entre outros.^{11, 3}

Apontam-se seis fatores básicos a serem avaliados na escolha do local do estoma: a região do abdome e tipo de cirurgia proposta, localização do músculo reto-abdominal, superfície de aderência do abdome, visibilidade do local, distância adequada de áreas críticas e presença de próteses ou aparelhos ortopédicos. A demarcação do estoma intestinal deve ser feita no músculo reto abdominal.³

O músculo reto abdominal é um marco importante para a localização da área a ser demarcada, podendo ser identificado pela inspeção e palpação. É necessária a divisão topográfica do abdome à realização do exame físico a fim de facilitar a descrição e a localização dos órgãos e pontos de referência relativos à dor ou a pressão de massas. É importante que na demarcação se delimitem as bordas externas do músculo reto-abdominal, a fim de garantir que o estoma seja exteriorizado através deste músculo, reduzindo o potencial de risco para a ocorrência de prolapso e hérnia periestomal.^{14, 3}

O procedimento para demarcação deve seguir uma sequência de ações: Primeiramente o paciente deve ser orientado quanto ao procedimento e finalidade do mesmo; a área abdominal deve ser avaliada e a demarcação deve ser simulada previamente com o paciente em posições variadas (deitado, em pé, realizando movimentos de maior extensão; o abdômen deve ser dividido em quadrantes, delimitando a linha da cintura e o músculo reto abdominal; deve-se delimitar uma

distância mínima de 4 a 5 centímetros em relação aos pontos críticos (cicatriz umbilical e crista ilíaca, proeminências ósseas ou cicatrizes); é importante que o estoma fique sobre a pele previamente saudável. Após escolhida a posição da estomia no abdômen, é realizada a marcação em forma de disco com 3cm de diâmetro usando caneta ou azul de metileno que não apagará durante a antisepsia.^{7, 3}

A localização adequada do estoma constitui-se provavelmente no fator mais importante para o paciente, assegurando o uso do dispositivo com segurança e o retorno mais precoce à vida normal. A reabilitação é um dos principais objetivos da Terapia Enterostomal, assim o local do estoma deve ser selecionado cuidadosamente no pré-operatório, levando em consideração as atividades do paciente, limitações.

4. Consequências de uma demarcação incorreta

O papel principal da enfermagem em relação aos cuidados ao paciente estomizado é promover recursos que irão possibilitar não só a reabilitação como também a reinserção desse indivíduo ao contexto social. O principal fator que possibilita essa reintegração é a localização correta do estoma que pode prevenir complicações.^{1, 20, 21}

Está comprovado que o estoma bem localizado na parede abdominal facilita as atividades de autocuidado referentes à remoção e à colocação da bolsa, à higiene do estoma e pele periestoma, bem como a manutenção do sistema coletor, contribuindo para prevenir complicações, possibilitar a reintegração social precoce, constituindo, ainda, um direito do paciente.²⁰

São várias as complicações que podem ocorrer diante da confecção de estoma, mesmo que as técnicas cirúrgicas sejam desempenhadas com excelência, nenhum método garante que essas complicações não aconteçam.²¹

Entretanto, há situações nominadas como situações que poderiam ser evitadas, quando planejadas no período pré-operatório, destacando-se a demarcação correta do estoma. Sendo este o foco do presente artigo, serão tratadas as principais complicações decorrentes da demarcação incorreta do estoma sendo elas: isquemia e necrose do estoma, retração, prolapso, hérnia paraestomal, dermatite, má adaptação da base da bolsa coletora à pele além das complicações relacionadas à dimensão psicossocial. Essas complicações se devem

principalmente a alteração na imagem corporal o que leva a impactos na vida sexual a qualidade de vida e a adaptação do paciente e de seus familiares.^{21, 16}

A isquemia é uma complicação precoce sendo mais comum nos cinco primeiros dias de pós-operatório. Tem como significado deficiência ou ausência de suprimento sanguíneo e consequentemente de oxigênio em determinado tecido ou órgão conforme a figura 1. Dessa maneira, tanto a isquemia quanto a necrose, decorrem de deficiência de irrigação sanguínea da alça estomizada e após detectada deve ser abordada cirurgicamente imediatamente pois comprometem a vida do paciente.^{22, 16, 23}

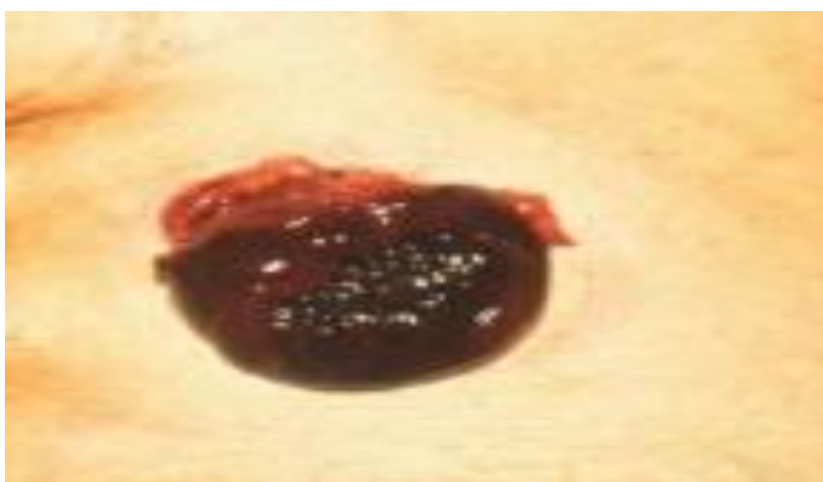


Figura 1 Necrose de estoma.²⁴

A retração ocorre quando há diminuição da protusão que deve ocorrer normalmente no estoma, fazendo com que este fique localizado abaixo da superfície da pele conforme a figura 2. É mais comum em pacientes portadores de ileostomia pode desencadear outras complicações como: dermatite periestoma decorrente da má adaptação da bolsa coletora na superfície abdominal.¹⁶



Figura 2 Retração de estoma.²⁴

Embora não seja uma complicação comum o prolapso pode ocorrer quando uma porção da alça intestinal se exterioriza através do estoma conforme a figura 3. Entre as causas mais comuns estão: exagerada abertura da parede abdominal, alça de sigmoide muito alongada e redundante, aumento da pressão intra-abdominal no pós-operatório, fixação inadequada do intestino na parede abdominal e obesidade. Essa condição é frequentemente associada com hérnia paracolostômica.^{22, 16}

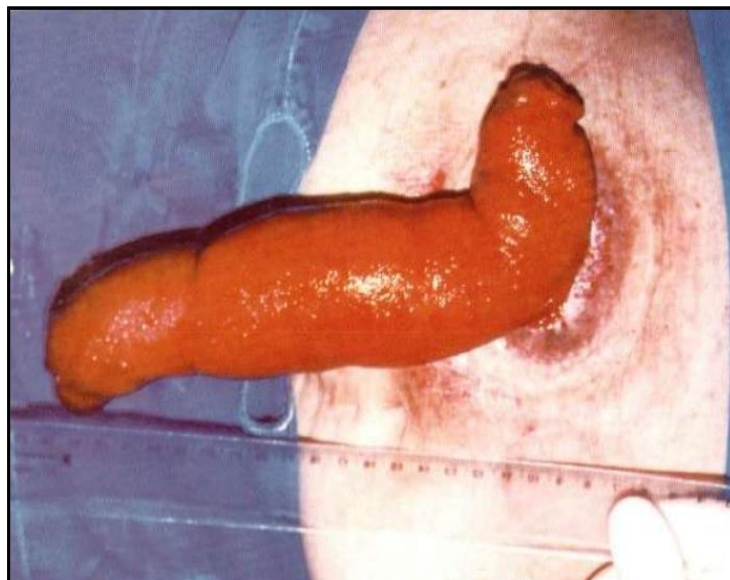


Figura 3 Prolapso de estoma.²⁴

Hérnia paraestomal corresponde a uma área de abaulamento da pele periestomal indicando uma compressão de uma ou mais alças intestinais sob os

músculos abdominais conforme a figura 4. Podem estar relacionadas tanto à técnica cirúrgica como a fatores de risco: obesidade, má nutrição, cirurgias abdominais prévias e existência de tosse crônica. Como consequência de uma hérnia, a bolsa coletora pode não aderir corretamente a anatomia do estoma. Com isso, a bolsa pode se desprender levando a dermatites e constrangimentos.¹⁶



Figura 4 Hérnia paraestoma²⁴

O estar estomizado exige um processo de adaptação de um novo contexto. As consequências de uma demarcação incorreta tornam o estomizado mais dependente e debilitado, dificultando a sua adaptação e o autocuidado tão importantes para a qualidade de vida.^{26, 2}

5. Considerações Finais

O paciente estomizado tem sua perspectiva de vida alterada, relacionado principalmente a imagem corporal negativa, não só pelo uso da bolsa coletora, mas em muitos casos pelas consequências da demarcação incorreta ou não demarcação do estoma. Cabe ao enfermeiro, a compreensão dessas alterações, para desenvolver um plano de cuidados adequado ao preparo do paciente ao convívio da estomia além da demarcação correta do estoma durante o pré-operatório.

Diante do exposto, é possível concluir que a localização correta da estomia no abdômen, além de constituir um direito do doente, constitui ainda uma relação de causa e efeito pois: facilita o ensino e a aprendizagem, bem como a realização das atividades de autocuidado; propicia o ajustamento e a aderência da bolsa coletora, prevenindo infecção da ferida cirúrgica e vazamentos das excretas;

possibilita retorno da pessoa estomizada às atividades cotidianas, facilitando sua independência física e social.

REFERÊNCIAS

1. Brum CN *et al.* **O processo de viver dos pacientes adultos com ostomias permanentes: uma revisão de literatura.** Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental. 2010. out/dez. 2(4):1253-1263.
2. Nascimento CMS *et al.* **Vivência do Paciente estomizado: uma contribuição para assistência de enfermagem.** Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 557-64.
3. Meirelles CA, Ferraz CA, **Estudo Teórico da Demarcação do Estoma Intestinal.** Brasília, " 54. n 3, p. 500-510, jul./set. 2001.
4. Silva ME, Popov DCS, **Reabilitação do paciente estomizado: um desafio para o enfermeiro,** UNISA 2009; 10(2): 139-43.
5. Ardigo FS, Amante LZ, **Conhecimento dos profissionais acerca do cuidado enfermagem à pessoa com estomia intestinal família.** Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1064-71.
6. Caetano *et al.* **O cuidado à saúde de indivíduos com ostomias.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 12, nº 39, jan/mar 2014 Santa Maria (RS).
7. Oliveira RG, **Blackbook Enfermagem.** Belo Horizonte. Blackbook Editora 2016. 816p
8. Christóforo BEB, Carvalho DS **Cuidados de Enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Rev. Escola de Enfermagem USP 2009.
9. Figueiredo. **Ensinando a Cuidar de Clientes em situações clínicas e cirúrgicas.** São Paulo. Yendis Editora 2009.
10. Costa VASF, Silva SSCF, Lima VCP **O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo.** Universidade Federal de Pernambuco 2010.
11. SILVA *et al* **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações,** v. 12, n. 1, p. 346-355, jan./jul. 2014.
12. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Belo Horizonte, volume 5- número 11- agosto 2011.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
14. Brasil. **Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada.** Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Minas Gerais. Belo Horizonte: SES MG 2015.
15. Cascais AFMV, Martini JD , Almeida PJS. **O Impacto da Ostomia no Processo de Viver Humano.** Florianópolis SC 2007.

16. Oliveira MS **As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal**. Ribeirão Preto 2014.
17. Moraes et al **Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil**. Rio de Janeiro 2014.
18. Schwartz MP, **Ação educativa do enfermeiro no pré operatório da confecção do estoma intestinal: revisão integrativa** Enfermagem-EEAAC-Universidade Federal Fluminense-RJ 2012
19. Brasil **Estomaterapia- Competências do enfermeiro estomaterapeuta** Revista Estima 2009.
20. Mendonça et al **A Importância da Consulta de Enfermagem em pré-operatório de Ostomias Intestinais**. Rio de Janeiro 2007.
21. Lima SGS **Complicações em estomas intestinais e urinários: revisão integrativa** Botucatu 2017.
22. Cruz GMG *et al* 2008 **Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 em estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal**. Belo Horizonte 2008.
23. Rocha J J R **Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais**. Ribeirão Preto 2011.
24. Gomes NC **Assistência de Enfermagem ao Cliente com Feridas**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro 2013.