

O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação

The profile of the ostomy patients with a primary diagnosis of rectal cancer in follow-up by a rehabilitation program

Raquel de Souza Ramos¹, Monica Dalia Barros², Manassés Moura dos Santos³, Ana Raquel Bonder Gawryszewski⁴, Antonio Marcos Tosoli Gomes⁵

Resumo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, que teve como objeto o perfil da clientela estomizada com diagnóstico de câncer de reto atendida em uma unidade pública municipal do Rio de Janeiro, referência em média e alta complexidade de reabilitação, cujos objetivos foram identificar o perfil de clientes estomizados assistidos no programa e discutir o impacto dessas informações na programação gerencial. Os dados foram coletados da base de dados informatizada de um Programa de Ostomizados, e foram avaliados os pacientes com diagnóstico primário de câncer de reto ativos no programa. Definiu-se como variáveis sexo, faixa etária, tempo de permanência do estoma e captação de pacientes. Os resultados mostraram que o sexo feminino é o de maior prevalência na amostra investigada, bem como a faixa etária acima de 60 anos, com predominância de colostomias definitivas. Sugere-se articulação com o Programa de Saúde da Mulher e do Idoso, como também a revisão de protocolos institucionais, além da interface com a Gerência de Câncer e com outros grandes centros de oncologia para a realização de estudos multicêntricos e promoção de atividades de prevenção de agravos por neoplasias.

Palavras-chave: enfermagem; estomia; gerência.

Abstract

This is an observational, transversal, study that had as object the profile of patients with stoma, diagnosed with rectal cancer, in follow up in a public institute, reference in medium and high complexity of rehabilitation, in Rio de Janeiro, and aimed to identify the profile of ostomy assisted clients in the program and discuss the impact of this information in the management actions. Data were collected from the computerized database of an Ostomy Program, and evaluated the patients with primary diagnosis of rectal cancer in active program group. They were defined according to gender, age, length of the stoma and attracting patients. Results show that the female is the highest prevalence in the sample studied, as well as the age group above 60 years, with predominance of permanent colostomy. It is suggested coordination with the Program of Women's and Elderly's Health, a review of institutional protocols and interface with the Management of Cancer and other major cancer centers for multicenter studies and promotion of prevention activities of cancer.

Keywords: nursing; ostomy; management.

Trabalho realizado no Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Doutorando em Enfermagem pela Universidade do Rio de Janeiro (UERJ); Enfermeira no Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Especialista em Estomaterapia; Coordenadora do Programa de Estomizados do Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Mestre em Enfermagem pela UERJ; Enfermeiro do Hospital Estadual Azevedo Lima; Professor convidado da Pós-graduação em Enfermagem Intensivista da UERJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Mestre em Enfermagem; Médica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – Coordenação de Policlínicas e NASF – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Doutor em Enfermagem; Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da UERJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Raquel de Souza Ramos – Rua Morais e Silva, 51, bloco 2, apto. 1.103 – CEP: 20271-030 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil –

E-mail: kakelramos@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O adoecimento por câncer se configura um grave problema de saúde pública, responsável por aproximadamente 12% de todas as causas de óbito no mundo. No Brasil, a incidência de neoplasias malignas vem acompanhando a tendência mundial na qual o aumento da expectativa de vida, com consequente envelhecimento populacional, atrelado às transformações fomentadas pela globalização, materializadas na urbanização e nos novos padrões de consumo e modificação do estilo de vida, contribuem para o cenário atual do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos¹.

Com o incremento dos avanços tecnológicos, associado ao melhor entendimento da fisiopatologia dos tumores e à eficácia cada vez maior dos tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes (radioterapia e quimioterapia), os resultados do tratamento oncológico têm sido cada vez melhores, expressos pelo aumento da taxa de sobrevida e controle da doença. No entanto, frequentemente, tais procedimentos culminam em sequelas que requerem um acompanhamento especializado, multi e interdisciplinar, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao sujeito².

Assim, observa-se um aumento da demanda por tratamento de reabilitação. Por reabilitação entende-se a aplicação de procedimentos terapêuticos globais, dinâmicos, que objetivam, em linhas gerais, promover a independência da pessoa com seqüela, possibilitando a elaboração emocional das perdas e a aceitação da imagem corporal modificada. Outros objetivos do processo reabilitatório compreendem a promoção da independência e da autonomia da pessoa com seqüela e da sua reinserção social³.

Na rede de atenção oncológica, podemos identificar diversas frentes de atuação da equipe de reabilitação, como as de amputação de membros, de sequelas neurológicas do tratamento ou do avanço do câncer (hemiplegias por metástases cerebrais, paraplegias por síndrome de compressão medular como exemplos), do atendimento às mastectomizadas e aos estomizados intestinais, sendo este último grupo uma possibilidade interessante de estudos sobre sobrevida após o tratamento oncológico.

Nesse contexto, os dados do Instituto Nacional de Câncer estimam, para o ano de 2012, cerca de 14 mil casos de câncer de cólon e reto em homens e 15 mil em mulheres, sendo o quarto tumor mais incidente em ambos os sexos no Brasil. Também se configura como uma das neoplasias mais prevalentes do mundo ocidental¹.

O câncer cólon-retal contempla tumores do intestino grosso e do reto. A maior parte deles são adenocarcinomas (95%) e localizam-se, em 50% dos casos, no reto e retoesigmoide, em 20 a 25%, no cólon esquerdo e, em 25 a 30%, no cólon direito⁴.

Para esses tipos de tumores, a cirurgia é o tratamento de escolha, podendo ser associado à adjuvância e à neoadjuvância. Evidências históricas apontam a cirurgia oncológica como a mais antiga modalidade de tratamento do câncer. Tais intervenções cirúrgicas, de maneira bastante frequente e mandatória nas abordagens do reto baixo e ânus, resultam na confecção de um estoma intestinal.

A palavra “estoma” tem origem grega e exprime a ideia de “boca” ou abertura. Colostomia e ileostomia são definidas, respectivamente, pela abertura de segmento cólico ou ileal na parede abdominal, visando ao desvio do conteúdo fecal para o meio externo⁵.

Nesse aspecto, é imperativo o planejamento de ações programáticas de reabilitação de pessoas com estomas intestinais, havendo necessidade de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar sistematizado para atender às demandas dessa clientela, incluindo o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para seu processo de reabilitação, tomando como base as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), representadas pela universalidade, integralidade e equidade.

Diante dessas considerações, a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), em conjunto com a Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO), levou o Ministério da Saúde a formular as diretrizes nacionais para a atenção à saúde de pessoas estomizadas mediante a Portaria nº 400/2009. Nela, é recomendado que os programas de atenção às pessoas com estomas incluam informações sistematizadas acerca do número de pessoas com estomas, das causas para sua confecção, características e complicações, fatores determinantes para o estabelecimento da assistência específica, incluindo a indicação dos equipamentos coletores e adjuvantes para estomas intestinais e urinários, bem como para a colaboração para a construção de estudos sobre a qualidade de vida dessas pessoas⁶.

Destaca-se ainda a inexistência de dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a situação dos estomizados no Brasil, o que pode prejudicar o planejamento e a implementação de uma Política Nacional de Atenção, bem como a construção do perfil epidemiológico desse grupo específico.

Como estratégia para a disponibilização de dados para o Ministério da Saúde, a existência de bases de dados informatizada sobre os pacientes em atendimento em unidades públicas de saúde pode ser uma interessante ferramenta gerencial.

Nesse contexto, uma instituição pública municipal, referência em reabilitação na cidade do Rio de Janeiro, dispõe de uma base de dados informatizada que, se explorada, permite a identificação do perfil das pessoas estomizadas em atendimento, subsidiando o planejamento e a tomada de decisões dos rumos do programa de acordo com as necessidades da clientela atendida.

Diante dos fatos acima apresentados, o objeto deste estudo é o perfil da clientela estomizada com diagnóstico de câncer de reto (CID C20), atendida em uma unidade pública municipal referência em média e alta complexidade de reabilitação. É de entendimento comum que planejar, implementar e avaliar os cuidados especializados para cada tipo de estomia e cliente otimiza a qualidade de vida de cada um deles.

A justificativa deste estudo está centrada na possibilidade de fornecer subsídios para que os profissionais e gestores de saúde possam obter informações para estruturar e planejar sistematicamente e individualmente um programa de reabilitação para tal clientela, qualificando, dessa forma, a assistência a esse grupo específico de pacientes. Além disso, este estudo permitirá o conhecimento do perfil da clientela atendida, podendo fomentar o desenvolvimento de estudos futuros nessa temática.

De posse das reflexões acima, o presente estudo teve como objetivos identificar e descrever o perfil de clientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto assistidos no programa e discutir o impacto dessas informações na programação gerencial.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, quantitativo, do tipo descritivo, uma vez que tais estratégias metodológicas melhor se adequam aos objetivos propostos. Assim, esta pesquisa avaliará os dados relativos às características clínicas do paciente em um momento específico, no ingresso no programa, não havendo preocupação com o desfecho clínico⁷.

O estudo foi realizado diretamente em uma base de dados informatizada de uma unidade de referência em reabilitação de alta e média complexidade que oferece atendimento ambulatorial às pessoas portadoras de deficiência por meio de vários programas de reabilitação e serviços, localizada na zona norte, área programática 2.2, da cidade do Rio de Janeiro.

Nesse cenário, é desenvolvido um programa de atenção à pessoa portadora de estomia que presta assistência de enfermagem individualizada e orientação para o paciente, familiar e/ou acompanhante mediante a consulta de enfermagem para as pessoas munícipes do Rio de Janeiro.

Esse programa apresenta um banco de dados, informatizado⁸ em 1998, o qual reúne dados dos pacientes estomizados que buscam a unidade para orientação e inscrição no programa para recebimento de bolsas e acessórios coletores.

Os dados são coletados por intermédio de dois instrumentos: quando o paciente é matriculado por meio da ficha

anexa ao prontuário e mediante uma ficha controle diário de dispensação de equipamentos a cada paciente, ambas preenchidas pela enfermagem.

A base informatizada é alimentada diariamente pela equipe de enfermagem que atua neste programa. O banco fornece informações relacionadas aos pacientes, o número de matrículas novas, o número de equipamentos dispensados, a causa da estomia, o tipo e o tempo de permanência da estomia, o equipamento eleito, a data e o tipo de saída, o sexo e a data de nascimento, sendo possível gerar informações para conhecer o perfil da clientela, mostrando-se, portanto, uma ferramenta importante para o processo de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações desenvolvidas.

Para o atendimento e consulta de enfermagem, o programa conta hoje com três enfermeiras estomaterapeutas e mais cinco enfermeiros treinados e capacitados em serviço. Conta ainda com a assistência de quatro auxiliares de enfermagem para o auxílio na dispensação das bolsas coletores e de acessórios e na realização de cuidados diretos aos clientes assistidos no programa.

Além desse atendimento, quando necessário, os pacientes são encaminhados para avaliação com a nutricionista e apoiados pelo serviço de saúde mental e serviço social.

Os dados foram coletados no mês de março de 2012, diretamente na base de dados informatizada⁸ (dados secundários), disponível na unidade utilizando roteiro estruturado para a coleta dos dados.

Para a coleta de dados e elaboração desta pesquisa, foram utilizadas variáveis demográficas e variáveis dependentes de sexo e faixa etária. Como critérios de inclusão para a realização do presente estudo, foram avaliados os dados dos pacientes estomizados, munícipes do Rio de Janeiro, portadores de estomias de eliminação que foram atendidos no referido programa no ano de 2009.

A fim de consolidar os dados coletados, foram elaboradas apresentações gráficas, construídas por meio de frequências absolutas e relativas⁸, caracterizando assim um estudo estatístico simples.

Conforme prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a consulta à base de dados foi realizada após autorização da direção da unidade e submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Recebeu parecer favorável em 28 de junho de 2010 sob o número 155A/2010.

Ressaltamos que não houve contato direto com os pacientes e não houve ônus para a instituição onde se realizou a pesquisa. Os custos referentes ao material de consumo foram arcados pelos pesquisadores.

RESULTADOS

Em março de 2012, estavam cadastrados 2.780 pacientes ativos no programa os quais recebiam dispositivos coletores e atenção especializada mensalmente. Desse total, 2.308 pacientes, 83%, tinham como causas para confecção de estomas câncer cólon-retal. Destes, 933 pacientes tinham como diagnóstico oncológico de base câncer de reto, com a CID C20 informada pelo serviço de origem do paciente, o que corresponde a 33,56% do cadastro de ativos, conforme demonstrado na Figura 1.

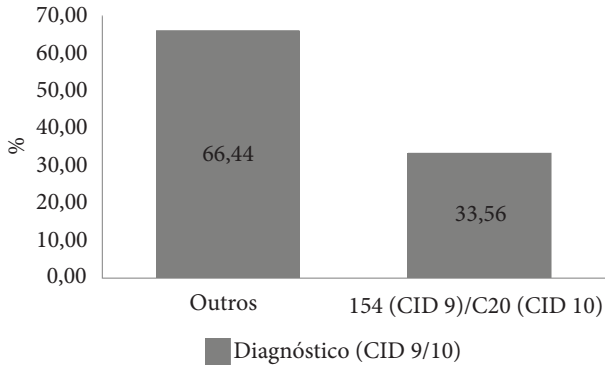


Figura 1. Distribuição dos pacientes cadastrados para recebimento de dispositivos coletores de acordo com a CID – Rio de Janeiro, 2012

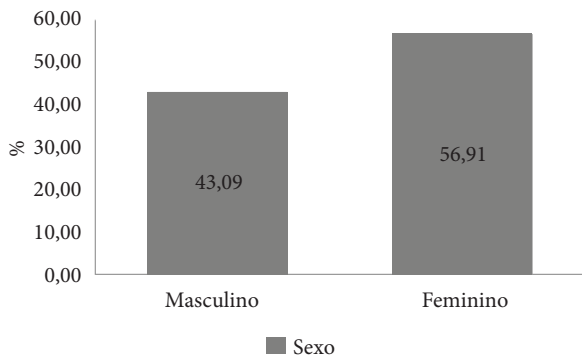


Figura 2. Distribuição por sexo da clientela acometida pela CID C20 – Rio de Janeiro, 2012

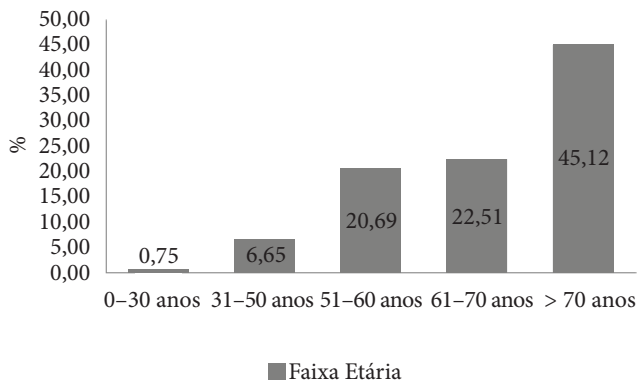


Figura 3. Distribuição de pacientes estomizados por faixa etária – Rio de Janeiro, 2010

Em relação ao sexo da amostra, 57% eram do sexo feminino enquanto 43%, do sexo masculino, o que é expresso pela Figura 2.

A distribuição por faixa etária mostrou que grande parte do grupo investigado (68%) tinha mais de 61 anos de idade (Figura 3).

Nessa amostra, 78% dos estomizados apresentam estomas definitivos, e 22% dos estomas são temporários.

Por último, é apresentada a distribuição da amostra de acordo com o período de ingresso no programa desde de 1995, ano de início das atividades, demonstrado na Figura 4.

DISCUSSÃO

No grupo investigado, pode ser observado um predomínio de pacientes com câncer cólon-retal. Estudo similar⁹ realizado em 2008, em pacientes da mesma população, mostrou que 68% destes eram acometidos por neoplasias, o que também pode ser observado em estudos realizados em outros estados (Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul), que apontam taxas de 83 e 46,6% respectivamente^{10,11}.

Tal panorama corrobora as estimativas apresentadas pelo Instituto Nacional de Câncer para o ano de 2012, quando são esperados cerca de 29 mil casos de câncer de cólon e reto no Brasil, sendo 2.430 ocorrências dessa neoplasia na capital do estado do Rio de Janeiro¹.

As causas desses índices podem estar relacionadas à diminuição do nível socioeconômico e ao déficit de conhecimento sobre as medidas preventivas e de detecção precoce¹⁰.

Assim, destaca-se a importância das ações de educação em saúde implementadas pela equipe multiprofissional, discutindo sobre a necessidade de adoção de hábitos saudáveis de vida, uma vez que alguns tipos de comportamentos, como o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo, apresentam relação intrínseca com a ocorrência de neoplasias¹⁰.

Outra análise desse dado aponta para uma mudança significativa no perfil epidemiológico dos estomizados na cidade do Rio de Janeiro, de 68% em 2008⁹ para 83% em 2012. Logo, é salutar a implementação de medidas preventivas mais incisivas e de diagnóstico precoce nesse município.

A análise da distribuição da amostra de acordo com o sexo está de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹², segundo o qual a população brasileira feminina é de 51%. Esse dado pode ser reflexo do comportamento da distribuição da população por sexo.

Esse achado também corrobora com as estimativas do Instituto Nacional de Câncer que apontam que a incidência de câncer cólon-retal esperada para 2012 é maior em mulheres¹. O documento apresenta uma proporção de 52,95% dessa

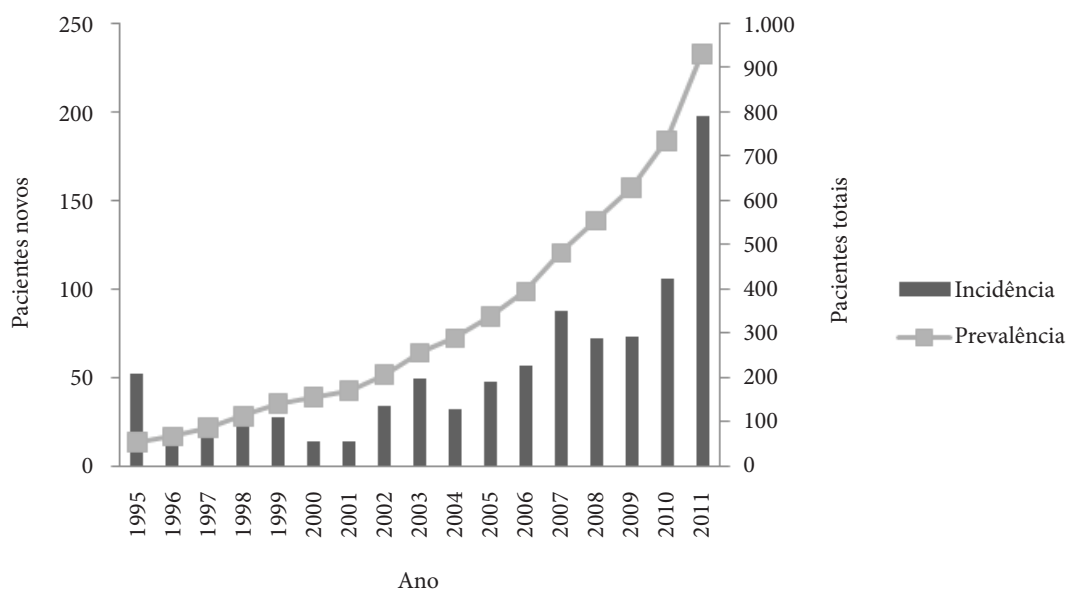


Figura 4. Ingresso de pacientes de acordo com o tempo – Rio de Janeiro, 2010

neoplasia em mulheres no Brasil e de 55,34% na cidade do Rio de Janeiro. Resultados similares foram encontrados em estudos realizados por Stumm et al.¹⁰ e por Souza et al.¹³, que apresentaram 62,5 e 63,1% de indivíduos do sexo feminino, respectivamente.

Considerando a necessidade de promoção da assistência na perspectiva da integralidade, entendendo tal princípio organizativo como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta em planos distintos de atenção à saúde — plano individual (no qual se constrói a integralidade no ato da atenção individual) e o plano sistêmico (em que se garante a integralidade das ações na rede de serviços)¹⁴, identificamos a necessidade de maior articulação com o Programa de Saúde da Mulher. Assim, sugerimos a ampliação do foco de atenção para além da saúde reprodutiva, hoje representada pela prevenção e detecção precoce de câncer cérvico-uterino e de mama, por meio da igual implementação de medidas preventivas e de diagnóstico precoce de câncer cólon-retal nos encontros com as mulheres no momento em que procuram a rede assistencial para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Os resultados referentes à distribuição da população por faixa etária refletem o envelhecimento populacional. De acordo com o IBGE, a população de idosos representa um contingente de aproximadamente 20.590.000 pessoas acima de 60 anos de idade. Observa-se também um crescimento populacional maior em idosos do que em crianças¹².

Segundo Boccardo et al.¹⁵, há um predomínio de estomizados entre 58 e 78 anos. Verifica-se que essa faixa etária

é um fator de risco para o aparecimento das neoplasias, e que a confecção de uma estomia geralmente é decorrente do tratamento das neoplasias intestinais. Em associação ao quadro anteriormente descrito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) projeta que, em 2025, o Brasil estará entre os 10 países do mundo com o maior número de idosos. Na década de 1980, a população senil era de 6,3%, passando para 7,6% na década de 90 e para 14% em 2025¹⁶. Entretanto, de acordo com o IBGE, o Rio de Janeiro apresenta uma das maiores proporções de idosos na atualidade, representando 14,9% da população total do município¹², o que ultrapassa a estimativa da OMS.

Outro dado relevante centra-se na existência de uma parcela considerável de jovens e pessoas economicamente ativas no grupo desses estomizados (32%), o que pode gerar prejuízos nas atividades laborais, além de onerar a máquina previdenciária e impactar em questões sociais, como nas atividades de lazer e sexuais⁹.

Os dados relacionados ao tempo de permanência do estoma se aproximam aos achados em estudos sobre grupo de estomizados no Rio Grande do Sul¹⁰ e Piauí¹⁷, que demonstram 75 e 81,25%, respectivamente, de indivíduos com estoma definitivo. No entanto, tal cenário requer revisão visto que, do grupo de pacientes com estoma temporário, há os que se encontram nessa condição em média há mais de cinco anos, fato o qual os podem torná-los estomizados definitivos.

Uma colostomia temporária poderá tornar-se permanente para o paciente cuja condição se deteriora e que não consegue tolerar uma cirurgia adicional¹⁸. Cabe aqui

refletir sobre a disponibilidade de leitos para a cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal. A realidade dos serviços mostra que esse tipo de cirurgia fica relegado ao segundo plano já que se faz necessária a realização de cirurgias curativas em detrimento de cirurgias em pacientes já com controle da doença. Tal fato é alvo de discussão permanente em reuniões do Conselho Técnico do programa de atendimento da clientela investigada.

Analisando o ingresso de pacientes no programa de acordo com o tempo, nota-se que há aumento significativo de inclusões a cada ano, podendo estar relacionado com maior divulgação das ações e serviços disponibilizados pelo programa. Por se tratar de uma clientela de doentes crônicos, embora haja uma flutuação de pacientes por ocorrência de óbitos, a prevalência de pacientes no programa também aumenta vertiginosamente. Porém, não podemos afirmar que tais dados representem uma maior incidência de câncer cólon-retal, sugerindo, portanto, a necessidade de promoção de novos estudos que possam relacionar os dados de incidência dessa patologia e a captação de pacientes na cidade do Rio de Janeiro.

Tais dados reforçam a necessidade não só de aperfeiçoamento do programa atual como também da implementação de novos programas voltados para as necessidades das pessoas estomizadas. Sugere-se que, por intermédio do SUS, haja a penetração de ações voltadas a essa finalidade, tomando como base as informações do perfil desse tipo de clientela, levando à otimização dos recursos públicos empregados.

CONCLUSÃO

O processo de elaboração da presente pesquisa consistiu em importante oportunidade de ampliar o conhecimento quanto ao perfil dos usuários estomizados atendidos no Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Ostomia. Além desse olhar, permitiu realizar uma reflexão da prática assistencial, subsidiando um posicionamento mais crítico e científico no cotidiano de trabalho com essa clientela.

A dinâmica de avaliação dos resultados aponta para a necessidade de rever os procedimentos e rotinas atualmente em voga. Destaca-se a relevância de ações direcionadas para as necessidades específicas de um grupo de pessoas com uma predominância de estomizados no sexo feminino (55%). Assim, cabe incentivar a equipe a refletir sobre os impactos de um estoma na vida de uma mulher, promovendo estruturação de grupos operativos e educacionais com essas pacientes. Entendemos, portanto,

que, do ponto de vista gerencial, envolver o Programa da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) será de grande importância.

Observa-se também que temos um grupo predominantemente idoso, com faixa etária situada acima dos 60 anos, levando-nos de igual forma a repensar a acessibilidade das instalações físicas do atendimento e do envolvimento maior dos cuidadores na rotina de atendimento. Sugere-se a articulação com o Programa do Idoso na intenção de capacitar os cuidadores desses sujeitos e preparar a equipe de atendimento da unidade para captar as peculiaridades desse grupo.

A maioria dos estomas é definitiva, com destaque para o câncer cólon-retal (83%) como principal causa geradora de colostomia. Dessa forma, sugere-se a interface com a Gerência de Câncer da SMSDC e outros grandes centros de oncologia para a realização de estudos multicêntricos e promoção de atividades de prevenção de agravos por neoplasias. Há também a necessidade de envolver a rede hospitalar, objetivando planejar estratégias para a realização de cirurgias visando à reconstrução de trânsito intestinal em estomizados provisórios. Tal ação é fundamental para promover maior qualidade de vida para o paciente e, do ponto de vista gerencial, otimizar a utilização do erário, na medida em que menos pacientes serão mensalmente atendidos, possibilitando, portanto, o investimento em tecnologias de cuidado (dispositivos coletores e acessórios) de maior custo, o que beneficia um maior número de usuários.

Os resultados desta pesquisa também podem subsidiar profissionais da saúde na assistência a pacientes estomizados, estimulando-os a implementar ações de qualificação da assistência e realizar pesquisas, tanto quantitativas quanto qualitativas, envolvendo a referida temática. Pode igualmente ser importante para instigar os profissionais de saúde com relação à notificação correta dos dados dos pacientes.

Conclui-se, assim, que no contexto da Gestão do Cuidado, essa pesquisa aponta que a base de dados informatizada caracteriza-se como uma preciosa ferramenta gerencial, pois oferece agilidade no acesso aos dados fundamentais ao planejamento dos rumos da assistência no programa em foco.

Do ponto de vista de planejamento estratégico, a base de dados permite, por meio do reconhecimento do perfil da clientela, identificar a melhor forma de alocar recursos orçamentários, mostrando a responsabilidade do gerente com o bem público. Torna-se também possível subsidiar a avaliação das ações com outras áreas, como a da Estratégia da Saúde da Família, da Gerência de Câncer, do Programa da Mulher e do Idoso, e da rede hospitalar a fim de aumentar a captação de estomizados que podem desconhecer a existência desse

recurso de atendimento, planejar uma assistência voltada às necessidades dos grupos mais prevalentes no estudo (mulheres e idosos), bem como estudar estratégias de implementação de medidas preventivas de câncer de cólon e reto, além de otimizar o acesso do usuário aos procedimentos cirúrgicos para reconstrução de trânsito intestinal.

Dessa forma, garantiremos o direito sanitário dos pacientes, promovendo uma assistência pautada na universalidade do acesso, integralidade das ações e cuidados, bem como na equidade, e descentralizada, regionalizada, hierarquizada, com garantia da participação social, respeitando, assim, os preceitos éticos-organizativos do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 628 p.
3. Ekman LL. Neurociência – Fundamentos para a Reabilitação. Rio de Janeiro: Elsevier; 2002. 532 p.
4. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Patologia: Bases patológicas das doenças. 3. reimp. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
5. Cesaretti IUR, Santos VLG. Assistência em Estomaterapia: cuidando do Ostomizados. São Paulo: Atheneu; 2005.
6. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Ministerial nº 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. 2009 [Internet]. Brasília. Ministério da Saúde. [cited 2012 Mar 16]. Available from: http://www.sobest.com.br/docs/Portaria_400_09_MS.pdf
7. Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
8. Microsoft Corporation. Microsoft Office [computer program]. Versão 2007. Rio de Janeiro. 2007.
9. Ramos RS. O papel do enfermeiro no gerenciamento do programa de reabilitação de estomizado. Cadernos de Reabilitação – Da Clínica Escolar ao Centro de Reabilitação: Descrevendo Práticas e Reflexões. Rio de Janeiro: Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark. 2008;1:78-9.
10. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Sci Med. 2008;18(1):26-30.
11. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. Rev bras coloproct. 2007;27(1):16-9.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. [cited 2012 Mar 08]. Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
13. Souza APMA, Santos IBC, Soares MJGO, Santana IO. Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos y censados em el Centro Paraibano de Ostomizados – João Pessoa, Brasil. Gerokomos. 2010;21(4):183-90.
14. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, Rio de Janeiro; 2001.
15. Boccardo LM, Nogueira SA, Santos ER, Miyadahira AMK, Santos VLCG. Aspectos de reinserção social do ostomizado. Rev Esc Enf USP. 1995;29(1):59-71.
16. Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a saúde. Rev Ciências Médicas. 2002;11(3):221-31.
17. Macêdo MS, Nogueira LT, LUZ MHBA. Perfil dos Estomizados Atendidos em Hospital de Referência em Teresina. Rev Estima. 2005;3:25-8.
18. Brunner LS, Bare BG, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Recebido em: 10/04/2012
Aprovado em: 04/06/2012