

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

FREDERICO HACKBART BERMUDES

GUILHERME FREITAS FERNANDES OLIVEIRA

HENRIQUE CÉSARE PONTINI DE CASTRO ALVES

**PERFIL ETIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ESTOMA
ABDOMINAL TEMPORÁRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
VITÓRIA - ES**

Vitória
2016

FREDERICO HACKBART BERMUDES
GUILHERME FREITAS FERNANDES OLIVEIRA
HENRIQUE CÉSARE PONTINI DE CASTRO ALVES

**PERFIL ETIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ESTOMA
ABDOMINAL TEMPORÁRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
VITÓRIA - ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Carvalho Guerra

Vitória
2016

FREDERICO HACKBART BERMUDES
GUILHERME FREITAS FERNANDES OLIVEIRA
HENRIQUE CÉSARE PONTINI DE CASTRO ALVES

PERFIL ETIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ESTOMA ABDOMINAL TEMPORÁRIO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA - ES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

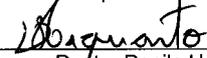
Aprovado em 13 de maio de 20 16.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Mestre Mauricio Carvalho Guerra
Professor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Médico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. Doutor Alvino Jorge Guerra
Professor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Médico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória



Doutor Danilo Heringer Alcure Quarto
Médico Residente (R2) de Cirurgia Geral do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

VITÓRIA
2016

Dedicamos nosso Trabalho de Conclusão de Curso primeiramente a Deus por nos dar equilíbrio e sabedoria, aos nossos pacientes pela aprendizagem diária, aos nossos mestres pela fonte de conhecimento e aos nossos familiares e amigos pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos nossos familiares pelo exemplo de determinação. Aos amigos pelo apoio nos momentos difíceis. Aos mestres, pela fonte de inspiração diária em nossa caminhada. Em especial ao nosso orientador, Dr. Mauricio Carvalho Guerra, pelo tempo dedicado a nos, e pela confiança depositada nessa empreitada.

LISTA DE ABREVIATURAS

HSCMV - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ARE- HSCMV - Ambulatório de Reversão de Estoma do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IAT – Ileostomia Abdominal Temporária
CAT – Colostomia Abdominal Temporária
EAT- Estoma Abdominal Temporário
ES - Espírito Santo
NM – Neoplasia Maligna
PAF - Perfuração por Arma de Fogo
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
PAB – Perfuração por Arma Branca
AA – Acidente Automobilístico
TF – Trauma Fechado
PCE – Perfuração por Corpo Estranho

RESUMO

INTRODUÇÃO: Estoma é designativo oriundo do grego stóma, que significa boca ou abertura, utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo, por causas variadas. A confecção de um estoma intestinal é um procedimento comum nas cirurgias do trato digestivo. Podem ser temporárias ou definitivas. A pessoa submetida a este tipo de intervenção enfrenta várias modificações no seu dia a dia, as quais ocorrem não só em nível fisiológico, mas também em nível psicológico, emocional e social. Nesse sentido conhecer a etiologia dos estomas intestinais temporários no ES poderá contribuir no sentido de direcionar as ações de controle e prevenção das causas mais frequentes nos âmbitos das políticas públicas de saúde, segurança e de trânsito.

OBJETIVOS: O presente estudo tem o objetivo de descrever o perfil etiológico dos pacientes cadastrados no ambulatório de reversão de estoma do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ARE-HSCMV) de maneira global, conforme gênero e faixa etária.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo clínico epidemiológico descritivo transversal realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). Após revisão bibliográfica, analisou-se 133 (100%) prontuários cadastrados no ARE-HSCMV, no período entre fevereiro de 2012 e fevereiro de 2016, incluindo os portadores de colostomia e ileostomia temporários. Sendo, 07 (5,26%) excluídos por dados insuficientes, gerando uma amostra final de 126 (94,74%) pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A etiologia mais comum que motivou a confecção do estoma abdominal temporário (EAT) é a traumática (34%), tendo grande relevância a por projétil de arma de fogo (PAF) (56%). A segunda mais comum é a neoplasia (incluindo as etiologias colorretal, útero e ovário) (15%), seguida de diverticulite complicada e proteção de anastomose (12%). Dentre as ileostomias a proteção de anastomose é mais prevalente, enquanto destaca-se o trauma dentre as colostomias. Observou-se que em grupos < 40 anos a etiologia traumática permanece como mais frequente, porém >40 anos prevalece as neoplasias (cólon, útero e ovário). Evidenciou-se que no sexo masculino o trauma permanece como a primeira causa, já no feminino, a neoplasia maligna é a mais prevalente.

CONCLUSÃO: A etiologia mais comum para confecção do estoma abdominal temporária foi o trauma abdominal, seguido das neoplasias, proteção de anastomose e diverticulite. Nos homens destacou-se o trauma abdominal, enquanto nas mulheres a causa mais comum foram as neoplasias. Analisado as variáveis etiologias de confecção e idade, observa-se maior prevalência de trauma abdominal nos indivíduos até 40 anos e a neoplasia nos indivíduos com 41 anos ou mais.

Palavras-chaves: Estoma, Etiologia, temporária e trauma.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	13
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	14
5 CONCLUSÃO.....	20
6 REFERÊNCIA.....	21
7 ANEXOS.....	24
7.1 TABELA 1	24
7.2 TABELA 2.....	24
7.3 TABELA 3.....	25
7.3 TABELA 4.....	25
7.3 TABELA 5.....	25
7.3 TABELA 6.....	26

1 INTRODUÇÃO

O termo estoma tem origem grega *stóma* no sentido de poro, boca, abertura. É utilizada para designar um procedimento cirúrgico que visa derivar um segmento visceral através da superfície cutânea^{1,2,3}.

De acordo com o segmento corporal exteriorizado, o estoma recebe nomes diferentes, podem ser gastrointestinais, respiratórios e urológicos. Os intestinais são realizados no duodeno (duodenostomia), jejuno (jejunostomia), íleo (ileostomia) e cólon (colostomia). As ileostomias e colostomias são os mais citados na literatura e predominam nos programas de atenção aos estomizados⁴. Quanto ao tempo de permanência são classificados em temporários e definitivos³.

As indicações dos estomas intestinais são diversas. As colostomias podem ser confeccionadas devido diverticulite aguda complicada, câncer colorretal, doença intestinal inflamatória, trauma perfurante colorretal, fístula perianal ou retal complicada (retrovesical, retrouretral, retrovaginal), trauma perineal extenso, Síndrome de Fournier extensa, malformações congênitas (atresia anal), proteger anastomoses consideradas baixas (reto e ânus), após a ressecção abdominoperineal do reto e na impossibilidade de reconstrução primária do cólon (operação de Hartmann)^{4,5}. As ileostomias podem ser indicadas nos casos de perfuração iatrogênica e traumática, obstrução intestinal, proteção de anastomose baixa, deiscência de anastomoses, tuberculose intestinal. No Oriente, a indicação mais frequente é a perfuração por Tyfo.⁶

É um procedimento cirúrgico que pode ser complementar a uma técnica operatória, mas nos pacientes em estado grave com instabilidade hemodinâmica, visa salvar a vida, reduzir a morbimortalidade, a dor e o desconforto do paciente, uma vez que garante o fluxo do trânsito intestinal do órgão acometido.⁷

Apesar de avanços tecnológicos, científicos, advento da videocirurgia e da robótica os estomas continuam a ser indicados na prática médica. Por salvar vidas e partindo do princípio que o esvaziamento colônico jamais poderá ser interrompido, pode ser considerado um procedimento eterno, mas com peculiaridades técnicas, anatômicas,

topográfica e funcional que altera a imagem corporal e ocasiona perda do controle voluntário de eliminações, evoca sentimentos negativos e interfere na forma viver, com um forte impacto na qualidade de vida principalmente nos domínios físico e meio ambiente podendo acarretar perda da autoestima, isolamento psicológico e social e em último caso o suicídio.⁸

A pessoa portadora de estoma enfrenta modificações nos âmbitos fisiológico, psicológico, emocional e social^{5,6}, o que interfere na forma de viver e de pensar, uma vez que almejam e percebem valores diferentes na vida, por ter que viver ou não o resto de suas vidas portando um estoma.⁸

O assunto estoma no Estado do Espírito Santo (ES) ganhou enfoque científico a partir de 2012, quando foi citado como problema de saúde pública e que exige resposta pelo poder público⁸. Nesse sentido, os pacientes portadores de estomas intestinais temporários (EAT) vem sendo estudados por Guerra no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES (HSCMV-ES) a partir de fevereiro de 2012, onde foi criado o Ambulatório de Reversão dos Estomas no HSCMV (ARE-HSCMV) com o intuito de reduzir o número de estomizados temporários.⁸

Guerra, em 2014, realizou uma busca ativa no banco de dados dos quatro Núcleos Regionais de Especialidades (NRE) (Metropolitano, São Mateus, Colatina e Cachoeiro de Itapemirim) que possuem serviço de atenção aos estomizados, e constatou 1078 estomizados cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais, 810 eram colostomias (478 definitivas, 189 temporárias e 143 indefinidas) e 139 ileostomias (50 definitivas, 58 temporárias e 31 indefinidas). No mesmo ano, entre janeiro a maio, foi verificado que somente no NRE-metropolitano, 135 novos estomizados foram integrados no Programa de Atenção aos Estomizados (PAE), uma média de 0,9 estomizado/dia, o que caracteriza ser a situação um problema de saúde com um crescimento significativo e com poucas medidas preventivas.⁸

O fato de ser o estoma um problema de saúde pública no ES e com uma provável demanda crescente de estomizados, gerou reflexão e a proposta de avaliar a etiologia dos estomas intestinais dos pacientes cadastrados no ARE-HSCMV.

Segundo Guerra a implementação e o planejamento das políticas públicas de assistência à saúde prestada aos estomizados, só terão êxito se atender as necessidades mais amplas dessas pessoas, num olhar de integralidade, e afirma a importância de conhecer o perfil sócio-epidemiológico e clínico, a qualidade de vida e o modo de viver dos indivíduos colostomizados, além dos fatores que interferem nesse processo, pois, só assim será possível planejar e/ ou influenciar as políticas de assistência.⁸

Nesse sentido conhecer a etiologia dos EAT no ES poderá contribuir no sentido de direcionar as ações e medidas de controle e prevenção das causas mais frequentes nos âmbitos das políticas públicas de saúde, segurança e trânsito, além de permitir adequar e/ ou modificar a assistência prestada a essas pessoas em relação ao autocuidado e equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

2. OBJETIVOS

Para alcançar a proposta da pesquisa foram traçados objetivos gerais e específicos conforme a discriminação:

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil etiológico dos EAT dos pacientes cadastrados no ARE-HSCMV.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conhecer a etiologia das colostomias e ileostomias temporárias dos pacientes atendidos no ARE-HSCMV.

- 2) Correlacionar a etiologia das colostomias e ileostomias temporárias conforme o gênero e a faixa etária.

3. MATERIAL E METODOS

Trata-se de um estudo clínico, epidemiológico, descritivo e transversal realizado no HSCMV. A primeira etapa constou de uma pesquisa bibliográfica e documental através do levantamento de dados da literatura utilizando artigos relacionados a estoma, ostomia, etiologia, colostomia e ileostomia nos seguintes bancos de dados: Scielo e Pubmed.

A segunda etapa constou na obtenção de dados relativos a etiologia, idade e gênero através da análise de 133 (100%) prontuários de pacientes cadastrados no ARE-HSCMV, no período entre fevereiro de 2012 e fevereiro de 2016, incluindo os portadores de colostomia e ileostomia temporárias, sendo, 07 (5,26%) excluídos por dados insuficientes, gerando uma amostra final de 126 (94,74%) pacientes.

Para análise de dados foi utilizado o software Microsoft Excel, versão 2010, sendo os dados categóricos expressos em números absolutos e percentuais. O projeto nº 209159, CAAE: 20915914.3.0000.5065 submetido à apreciação e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do HSCMV tem parecer nº 541.395.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ARE-HSCMV estão cadastrados 133 pacientes, dos quais 126 participaram do estudo. 84 homens, 42 mulheres, 111 (88,1%) colostomias e 15 (11,9%) ileostomias.

A causa mais frequente, de forma global, dos EAT é a traumática (34%), seguida de neoplasia maligna (NM) (15%), doença diverticular complicada (12%) e proteção de anastomose (12%). (Tabela 1)

A maioria das ileostomias (11 / 73,3%) foram confeccionadas para proteger anastomose e 2 (13,3%) foram por causas indeterminadas. As causas mais frequentes que motivaram a CAT foram trauma abdominal (42 / 37,9%), neoplasia maligna (19 / 17,1%) e diverticulite complicada (15 / 13,5%). (Tabela 2)

No âmbito da etiologia traumática predominou a lesão por PAF (24 / 56%), acidente automobilístico (10 / 23,2%) e perfuração por corpo estranho (5 / 11,6%) (Tabela 1).

Ao discriminar o tipo de estoma com a faixa etária constata-se que a maioria dos portadores de CAT (46 / 41,2%) estão entre 41 e 60 anos. As IAT ocorreram em igual prevalência (5 / 33,3%) nas pessoas com idade entre 41 e 60 anos e acima de 60 anos. (Tabela 3)

Ao avaliar a etiologia conforme o gênero observa-se predomínio do trauma nos homens (40 / 47,6%) e neoplasias nas mulheres (14 / 33,3%) (Tabela 4). As ileostomias e colostomias temporárias no ARE-HSCMV predominam no sexo masculino. (Tabela 5)

Os dados encontrados no ARE-HSCMV são compatíveis com os apresentados por VON BAHTEN, que ao analisar 42 prontuários de pacientes estomizados no hospital universitário Cajuru, em Curitiba-PR, expõe que a causa traumática representou a principal etiologia (19 / 45,23%), responsável pela confecção de estomas. Dentro da etiologia traumática, VON BATHEN mostra ainda que as lesões por PAF (10 / 52,6%)

também se mostraram mais prevalentes no hospital da capital paranaense.⁹

O predomínio de lesões por PAF pode ser reflexo da violência no ES, onde taxa de mortalidade geral por PAF foi de 38,3/100.000 hab., e nos jovens de 91,8/100.000 hab., valores maiores quando comparado aos demais estados da região sudeste e maior que a taxa de mortalidade no Brasil (21,9/100.000 hab.), no ano de 2012. Discrepante se comparado com países como Polônia e Malásia (0,3), Reino Unido (0,2) e Hong Kong (0,0). Mesmo sem disputas territoriais ou de fronteiras, o Brasil e o ES vitimam mais cidadãos via PAF do que conflitos como a guerra da Chechênia ou do Golfo.¹⁰

Os dados expostos sugerem uma deficiência do investimento em políticas públicas de segurança no país e no Estado, que aliado a uma cultura da violência, da baixa tolerância, da facilidade em adquirir armas de fogo e da falta de punição, culminam em agressões por impulso ou motivos fúteis (violência doméstica, desentendimento entre vizinhos e no trânsito), o que contribui para um círculo crescente e vicioso.

O estudo realizado por Santos discorda dos nossos resultados apresentados, pois ao analisar 178 prontuários do Programa de Ostomizados do Centro de Especialidades Médicas da Prefeitura Municipal de Campo Grande-MS, este encontrou apenas 7,3% de seus pacientes estomizados secundário ao trauma.¹¹

No ES parece ser o EAT um reflexo desta violência urbana, com grave consequência nos âmbitos social e econômico. O fato foi descrito por Guerra ao verificar uma demanda crescente de estomizados, com média de 0,9 estomias/dia no período de janeiro a maio em 2014. Ao estudar 50 pacientes portadores de CAT constatou um acometimento de pacientes jovens vítimas de trauma.⁸

A consequência deste processo é a realização, cada vez mais comum e precoce, de EAT em homens jovens devido a agressões possivelmente evitáveis.

Dentre as causas traumáticas, além do PAF, destaca-se os acidentes automobilístico (10 / 23,2%). O ES apresentou em 2015 a maior taxa de mortalidade (3,69/100.000

hab.) por acidentes de todo a região sudeste (2,65/100.000 hab) e a maior de todo o país (Brasil 2,38/100.000 hab).¹²

No ARE-HSCMV a segunda causa dos EAT na amostra geral, foram as neoplasias malignas de colorretais (15 / 79%) e ginecológicos (4 / 21%), que juntas totalizam 19 (15%), menos da metade da etiologia traumática (Tabela 1). As neoplasias prevaleceram no gênero feminino (14 / 33,3%) comparado ao masculino (5 / 6,0%), por somar-se as de útero e ovário (Tabela 4), sendo o câncer de colo de útero o terceiro mais prevalente do país, com incidência de 17/100.000 mulheres.

O predomínio da etiologia traumática nos pacientes com EAT no ARE-HSCMV diverge do estudo no MS onde Santos analisou 178 estomizados e constatou um predomínio da NM (67,1%).¹¹ No HSCMV o menor predomínio das neoplasias malignas como motivo da confecção do estoma pode ser explicado pelo hospital não ser referência oncológica, predominar pacientes jovens, vítimas de trauma com estoma temporário.

Fato sabido que durante o envelhecimento celular, o organismo fica mais susceptível à doença neoplásica o que justifica um predomínio da associação entre câncer e estoma definitivo. No ARE-HSCMV observa-se prevalência das doenças neoplásicas na faixa etária entre 41 e 60 anos (14 / 27,4%). (Tabela 6)

A relação da doença neoplásica e o envelhecimento da população são descritas em Roraima onde Fonseca avaliou 330 pacientes, tendo como média etária 55,7 anos para a neoplasia de colo uterino, demonstrado uma incidência de 20/100 mil em mulheres entre os 30 e 40 anos e 40/100mil entre os 50 e 75 anos.¹³

O câncer acentua sua importância como problema público, apresentando alta epidemiológica e custos milionários, desafiando gestores em saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde despendeu R\$ 470 milhões para o tratamento de 156 mil pacientes. Nove anos após, houve um incremento de 176,4% desses custos, ultrapassando R\$ 1,7 bilhão.^{14,15}

A NM pode ter representado a segunda causa mais frequente, pois no HSCMV funciona um serviço de referência ginecológico e ter incorporado recentemente um serviço de cirurgia oncológica que referenciam seus pacientes diretamente para o ARE-HSCMV.

A diverticulite complicada (15 / 12%) e a proteção de anastomose (15 / 12%) representam a terceira etiologia geral para confecção dos EAT no ARE-HSCMV (Tabela 1). A diverticulite complicada predominou no gênero masculino (11 / 73,3%) (Tabela 4) e na faixa etária entre 41 e 60 anos (9 / 60%) (Tabela 6). A proteção de anastomose predominou em homens (10 / 66,6%) (Tabela 4) e acima dos 60 anos (7 / 46,6%) (Tabela 6). Para esta finalidade foram realizadas 11 ileostomias e 4 colostomias. (Tabela 2)

A ileostomia em 11 pacientes foi realizada para proteger anastomose após operação por câncer colorretal (7 / 63,6%) e por doença intestinal inflamatória (DII) (1/ 8,2%), número maior que colostomias (4 / 3,17%) para esta finalidade (Tabela 2). O maior número de ileostomias para proteger anastomoses talvez possa ser explicado pelo encaminhamento desses pacientes ao HSCMV, pela maior difusão do programa de reversão do estoma do HSCMV, pelo maior número de operações de grande porte, incluindo ressecções colônias e retais, que exigem anastomoses baixas, pela cultura no ES de se realizar a ileostomia para proteger suturas colônica e/ou retal.

A doença diverticular predomina em regiões industrializadas e ocidentais, devido a baixa ingestão de fibras. Segundo Salles, a incidência é de 10% na faixa etária entre 40 e 50 anos e de 70% acima dos 80 anos. A diverticulite representa sua principal complicação.¹⁶

Na diverticulite complicada, por ter alta morbimortalidade e ser a terceira etiologia que motivou a confecção dos estomas no ARE-HSCMV, fica evidente a importância da prevenção, dieta rica em fibras, recomendações como exercício físico, perda de peso e regularização do hábito intestinal, com intuito de reduzir sua incidência.¹⁷

A DII, foi responsável pela confecção de 4 (3,2%) EAT nos pacientes do ARE-HSCMV (Tabela 1), sendo 3 em homens (3,6%) e 1 em mulheres (2,4%). (Tabela 4). Dois pacientes portadores de EAT por DII apresentam entre 20 e 40 anos e dois entre 41 e 60 anos. (Tabela 6). Ao analisar o prontuário de 23 pacientes em Minas Gerais, Coelho mostrou que a DII apresenta maior prevalência, representando 17,4% da causa de confecção de EAT.¹⁸

A baixa prevalência de DII no ARE-HSCMV pode ser fruto da melhor assistência clínica ofertada aos pacientes, através de novas medicações que diminuam a exacerbação da doença. Outra hipótese deste baixo número de estomizados por DII no ARE-HSCMV é o fato destes pacientes serem acompanhados pela equipe de proctologia presente no HSCMV.

As lesões iatrogênicas foram responsáveis pela confecção de 7 EAT (5,5%) (Tabela 1), sendo 1 ileostomia e 6 colostomias (Tabela 2). Apresenta maior prevalência nas mulheres (4 / 9,5%) (Tabela 4) e mais comum em pacientes entre 20 e 40 anos (5 / 13,9%) (Tabela 6). Silva JB, ao analisar 86 prontuários de pacientes cadastrados em um hospital secundário no Ceara, constatou 4,6% de estomizados por lesões iatrogênicas, se assemelhando a epidemiologia do ARE-HSCMV.¹⁹

A obstrução intestinal pode ser uma indicação de realização de estoma, sendo o volvo de sigmoide uma de suas causas. No ARE-HSCMV, a obstrução por volvo apresenta 4 (3,2%) estomizados por esta causa de (Tabela 1), sendo 3 homens (3,6%) e 1 mulher (2,4%) (Tabela 4). Silva JB mostra em seu estudo no Ceara uma maior prevalência onde 4,8% dos pacientes foram estomizados secundários a esta patologia.¹⁹

Ao analisar 118 prontuários do Hospital Governador João Alves Filho em Sergipe, Vidal demonstrou que o volvo de sigmoide é a segunda principal causa de obstrução intestinal na amostra estudada²⁰. Já o estudo americano realizado por Becker, destaca apenas as hérnias encarceradas e as bridas/aderências como principais causas de obstrução intestinal, não destacando o volvo de sigmoide.²¹

Este fato pode ser explicado devido a ocorrência da doença de Chagas no Brasil, que pode apresentar como uma de suas complicações o megacólon chagásico.

O megacólon pode ter como consequência o volvo de sigmoide, causa de obstrução intestinal e eventual indicação de EAT. Regiões como Sergipe, Ceara e norte do ES possuem epidemiologia relevante para tal, portanto, corroboram a ideia que esta etiologia é um possível fator responsável pela confecção de estomas.²²

5. CONCLUSÃO:

A etiologia mais comum de confecção de EAT é a traumática, destacando-se aquelas causadas por PAF e AA. Após o trauma, as neoplasias (cólon, útero e ovário), proteção de anastomose e doença diverticular complicada são, respectivamente, as mais prevalentes.

Dentre as IAT destaca-se a proteção de anastomose, enquanto nas CAT o trauma ocupa o primeiro lugar de ocorrência.

Segundo o gênero dos pacientes, a etiologia mais prevalente entre os homens é o trauma abdominal, seguido pela diverticulite. Diferente do que ocorre no sexo feminino, em que o câncer se mostrou superior, seguido por outras causas.

Ressalta-se ainda que quando analisada a etiologia segundo a idade, o trauma abdominal apresenta maior relevância até os 40 anos de idade. A partir desta faixa etária, destaca-se a ocorrência de neoplasias e proteção de anastomose como causa etiológica mais prevalente.

Uma vez apresentado e analisado os dados deste trabalho, novos estudos devem ser encorajados para confirmar a reprodução dos resultados no estado do Espírito Santo e no Brasil.

6. REFERÊNCIAS

1. Bacelar, S, et al. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. Acta Cirúrgica Brasileira, v. 19, n.5, p.582-584, 2004.
2. Santos VLCCG, Cesaretti IUR. Assistência em Estomaterapia: cuidando do estomizado. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
3. Cesaretti IUR, Paula MAB, Paula, PR. Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas. Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.
4. Rocha JJR. Estomias intestinais - (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 51-6
5. ABRASO Plataforma de políticas públicas das pessoas ostomizadas aos candidatos (as) à presidência da república. Eleições 2010. Disponível em http://www.abraso.org.br/Plataforma_Eleicao_Presidencial_2010.pdf_pdf
6. Aziz A et al. Indications and complications of loop ileostomy. J Surg Pak (Int)2009;
7. Crema E, Silva R. Estomas: Uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Editora Pinti, 1997.
8. Guerra, MC. Pacientes com colostomia temporaria: aspectos socioepidemiologicos, clinicos e qualidade de vida. 2012. 180 f. Dissertacao (Mestrado) em politicas publicas e desenvolvimento local - Escola Superior de ciencias da santa casa de misericordia de Vitoria, EMESCAM, 2015.
9. Von Bahten LC et al. Morbimortalidade da reconstrução de trânsito intestinal colônica em hospital universitário – análise de 42 casos. Rev bras Coloproct 2006 ;26(2): 123-7.
10. WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo.

Faculdade latino americana de ciencias sociais (Flacso). Ríó de Janeiro, 2015a.

11. Santos CHM, et al. Perfil do paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. Rev Bras Coloproct, 2007;27(1): 16-9

12. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

13. Fonseca AJ, et al. Epidemiologia e impacto economico do cancer de colo de utero no estado de Roraima: uma perspectiva do SUS. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(8):386-92

14. DATASUS. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a14.def>

15. Brasil.Ministério da Saúde. Reportagens Especiais [Internet]. MS amplia tratamento integral aos doentes de câncer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2010 Abr 04]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10015 ≥).

16 Salles RLA. Doença diverticular dos cólons e diverticulite aguda: o que o clínico deve saber. Rev Med Minas Gerais; 23.4:490-496, Out/Dez, 2013

17. Afonso M. et al. Visceral fat: A key factor in diverticular disease of the colon. GE-
Jornal Português de Gastreenterologia, v. 19, n. 2, p. 62-65, 2012

18. Coelho RA, Santos FS, Poggetto MTD. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. Rev. Min. Enferm; 17(2):258-277, Abr/Jun, 2013

19. Silva JB et al. Perfil epidemiologico e morbimortalidade dos pacientes submetidos a reconstrucao de transito intestinal: experiencia de um centro secundario do nordeste brasileiro. ABCD Arq Bras Cir Dig 2010;23(3):150-153

20. VIDAL MAN. Obstrução Intestinal: Causas e Conduas. Rev bras Coloproct, 2005;25(0):332-338.

21. Becker, W.F. Acute adhesive ileus: a study of 412 cases with particular reference to the abuse of the decompression in treatment. Surg. Gynecol. Obstet., 95: 472, 1952.

22. COSTA, M.;et al. Doença de Chagas: Uma revisão Bibliografica.Rev. Refacer v.1 n.2 2010

7. Anexos:

Tabela 1. Etiologia do EAT nos pacientes do ARE-HSCMV.

Etiologia	N	%
Trauma abdominal	43	34
PAF	24	56,0
PAB	1	2,3
AA	10	23,2
TF	3	6,9
PCE	5	11,6
Neoplasia de colón	15	11,8
Neoplasia ginecológica	4	3,2
Útero	2	50,0
Ovário	2	50,0
Diverticulite complicada	15	12
Proteção de anastomose	15	12
Lesões iatrogênicas	7	5,5
Outras causas (fístulas, deiscência e perfuração de anastomose)	7	5,5
Causas indeterminadas	6	4,8
Afecções perineais (síndrome de Fournier e abscessos)	6	4,8
Doença inflamatória intestinal (DC, RCU)	4	3,2
Volvo de sigmóide	4	3,2
TOTAL	126	100

FONTE: Elaboração do autor

PAF (projétil de arma de fogo); PAB (perfuração por arma branca); AA (acidente automobilístico); TF (trauma fechado); PCE (perfuração por corpo estranho); DC (doença de Crohn); RCU (retocolite ulcerativa)

Tabela 2. Etiologia do EAT x tipo do estoma no ARE-HSCMV.

Etiologia	Ileostomia		Colostomia	
	N	%	N	%
Trauma abdominal (PAF, PAB, AA, PCE, TF)	1	6,7	42	37,9
Neoplasia de colón	-	-	15	13,5
Neoplasia ginecológica	-	-	4	3,6
Útero	-	-	2	50,0
Ovário	-	-	2	50,0
Diverticulite complicada	-	-	15	13,5
Proteção de anastomose	11	73,3	4	3,6
Lesões iatrogênicas	1	6,7	6	5,4
Outras causas (fístulas, deiscência e perfuração de anastomose)	-	-	7	6,3
Causas indeterminadas	2	13,3	4	3,6
Afecções perineais (síndrome de Fournier e abscessos)	-	-	6	5,4
Doença inflamatória intestinal (DC, RCU)	-	-	4	3,6
Volvo de sigmóide	-	-	4	3,6
TOTAL	15	100	111	100

FONTE: Elaboração do autor

PAF (projétil de arma de fogo); PAB (perfuração por arma branca); AA (acidente automobilístico); TF (trauma fechado); PCE (perfuração por corpo estranho); DC (doença de Crohn); RCU (retocolite ulcerativa)

Tabela 3. Tipo do EAT x faixa etária.

Faixa Etária	Ileostomia		Colostomia	
	N	%	N	%
0-19	1	6,7	12	10,8
20-40	4	26,7	32	12,8
41-60	5	33,3	46	41,2
>60	5	33,3	21	18,8
TOTAL	15	100	111	100

FONTE: *Elaboração do autor*

Tabela 4. Etiologia do EAT x gênero.

Etiologia	Homens		Mulheres	
	N	%	N	%
Trauma abdominal (PAF, PAB, AA, PCE, TF)	40	47,6	3	7,0
Neoplasia de colón	5	6,0	10	24,0
Neoplasia ginecológica (útero e ovário)	-	-	4	9,5
Diverticulite complicada	11	13,1	4	9,5
Proteção de anastomose	10	11,9	5	12,0
Lesões iatrogênicas	3	3,6	4	9,5
Outras causas (fístulas, deiscência e perfuração de anastomose)	2	2,3	5	12,0
Causas indeterminadas	2	2,3	4	9,5
Afecções perineais (síndrome de Fournier e abscessos)	5	6,0	1	2,4
Doença inflamatória intestinal (DC, RCU)	3	3,6	1	2,4
Volvo de sigmóide	3	3,6	1	2,4
TOTAL	84	100	42	100

FONTE: *Elaboração do autor*

PAF (projétil de arma de fogo); PAB (perfuração por arma branca); AA (acidente automobilístico); TF (trauma fechado); PCE (perfuração por corpo estranho); DC (doença de Crohn); RCU (retocolite ulcerativa)

Tabela 5. Tipo do EAT x gênero.

Etiologia	Ileostomia		Colostomia	
	N	%	N	%
Homens	8	53,4	76	68,5
Mulheres	7	46,6	35	41,5
TOTAL	15	100	111	100

FONTE: *Elaboração do autor*

Tabela 6. Etiologia do EAT nos pacientes do ARE-HSCMV.

Etiologia	Faixa etária							
	0-19		20-40		41-60		>60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trauma abdominal	10	76,9	21	58,3	8	15,7	4	15,3
PAF	8	80,0	14	66,7	2	25,0	-	-
PAB	-	-	1	4,8	-	-	-	-
AA	2	20,0	3	14,3	4	50,0	1	25,0
TF	-	-	1	4,8	-	-	2	50,0
PCE	-	-	2	9,4	2	25,0	1	25,0
Neoplasia de colón	-	-	2	5,6	9	17,6	4	15,3
Neoplasia ginecológica	-	-	-	-	4	8,0	-	-
Útero	-	-	-	-	2	50,0	-	-
Ovário	-	-	-	-	2	50,0	-	-
Diverticulite complicada	-	-	-	-	9	17,6	6	23,0
Proteção de anastomose	-	-	3	8,3	5	9,8	7	27,0
Lesões iatrogênicas	1	7,7	5	13,9	1	2,0	-	-
Outras causas (fístulas, deiscência e perfuração de anastomose)	-	-	2	5,6	3	6,0	2	7,8
Causas indeterminadas	-	-	1	2,7	5	9,8	-	-
Afecções perineais (síndrome de Fournier e abscessos)	1	7,7	-	-	2	3,9	3	11,5
Doença inflamatória intestinal (DC, RCU)	-	-	2	5,6	2	3,9	-	-
Volvo de sigmóide	1	7,7	-	-	2	3,9	1	3,9
TOTAL	13	100	36	100	51	100	26	100

FONTE: *Elaboração do autor*

PAF (*projétil de arma de fogo*); PAB (*perfuração por arma branca*); AA (*acidente automobilístico*); TF (*trauma fechado*); PCE (*perfuração por corpo estranho*); DC (*doença de Crohn*); RCU (*retocolite ulcerativa*)