

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM ESTOMIA

Versão Consulta Pública

BRASÍLIA, MAIO DE 2019

Organização e Revisão:

Nome

Angela Pinto dos Santos
Flávia da Silva Tavares
Indyara de Araújo Morais
Juliano Teixeira Moraes
Karina Vitor de Sousa Guimarães
Nicole Freitas de Mello
Odilia Brigido de Sousa
Tayse Garcia da Silva

Instituição

CGSPD/DAPES/SAS/MS
CGSPD/DAPES/SAS/MS
CGSPD/DAPES/SAS/MS
Sociedade Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST)
CGSPD/DAPES/SAS/MS
CGSPD/DAPES/SAS/MS
CGSPD/DAPES/SAS/MS
CGSPD/DAPES/SAS/MS

Elaboração:

Nome

Antonio de Souza Amaral
Ana Claudia Cardoz Chaves
Ana Lucia da Silva
Cláudia Satiko Takemura
Cândida Carvalheira
Claudio Saddy Rodrigues Coy

Damaris Nunes de Lima Rocha
Morais
Débora Benchimol Ferreira
Fabiano Girade
Fernando Luiz Cavalcanti
Lundgren
Flávia da Silva Tavares
Flávio Antônio Quillici
Flávio Daniel Saavedra Tomasich

Helário Feitosa
Henrique Sarubbi Fillmann
Ilka Lopes Santoro (2)

Isabel Cristina Moutinho
Diefenthaler
Isabela Picinin

João Batista de Sousa
José Francisco de Mattos Farah

Juliano Teixeira Moraes

Instituição

Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO
CGCAB/DAB/SAS
HUB e UNB
Especialista Coordenadora EMTN/H-Cor-SP
Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO
UNICAMP / Sociedade Brasileira de Coloproctologia
(SBCP)
Associação Brasileira de Ostomizados -
ABRASO/UFG
CGAD/DHU/SAS/MS
Hospital Santa Lucia e SBNPE
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
(SBPT)
CGSPD/DAPES/SAS/MS
Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)
UFPR / Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)/UFPR
/ Revisor da Revista da Sociedade Brasileira de
Cancerologia (SBC)
Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)
Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP)
UNIFESP / Sociedade Brasileira de Pneumologia e
Tisiologia- SBPT (comissão de cancer de pulmão)
CGMAC/ DAE/SAS/MS

Coordenadora do Serviço de Assistência Integral à
Criança com Traqueostomia- FHEMIG

HUB e UNB
UNIFESP / Revisor da Revista da Sociedade
Brasileira de Cancerologia (SBC)
Sociedade Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST)

Karina Vitor de Sousa Guimarães	CGSPD/DAPES/SAS/MS
Karina Zimmermann	UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense
Kedma Rego Oliveira	ABEN-DF e SES-DF
Lucia Helena Prata	
Luciana Santos da Silva Siqueira	Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO
Luiz João Abrahão Junior	UFRJ / Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)
Marcelo Alcântara Holanda	UFC / Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)
Maria do Carmo Friche Passos	UFMG e FBG
Maria Emilia Fabre	Especialista - Centro de Pesquisas Oncológicas - Cepon/SC
Mariana Borges Dias	CGAD/DHU/SAS/MS
Melissa Avelino	UFG e Hospital das Clínicas de SP
Miguel Abidon Aide	UFF/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia-SBPT (diretor científico)
Neria Invernizzi da Silveira	Sociedade Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST)
Nicole Freitas de Mello	CGSPD/DAPES/SAS/MS
Nivaldo Barroso Pinho	Especialista - INCA
Odery Ramos Junior	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enterologia (SBNPE)
Paulo Fernando Souto Bittencourt	Fundação Felice Rosso, Hospital Felício Rocho
Priscilla Azevedo Souza	
Priscilla Rocha de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Rebecca Christina Kathleen Maunsell	UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
Robson Freitas de Moura	Hospital Geral Ana Nery/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enterologia (SBNPE)
Rubens Gil Junior	Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO
Sabrina Ferreira Lemos	CGMAC/ DAE/SAS/MS
Sergio Carlos Nahas	HCFMUSP / Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP)
Sergio Ricardo Menezes Mateus	UNB
Tayse Garcia da Silva	CGSPD/DAPES/SAS/MS
Thais Silva Almeida de Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Valeria Girard Fabiano Alves	UFF/SBNPE

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO	6
3. CARACTERIZAÇÃO	7
3.1. Estomia Respiratória	7
3.2. Estomia de Alimentação	11
3.3. Estomia de Eliminação	15
3.3.1. Estomia Intestinal	16
3.3.2. Estomia Urinária	19
4. O CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA	20
4.1. Funcionalidade Humana e Reabilitação	20
4.2. Cuidados gerais e processo de reabilitação	21
4.2.1. Estomia Respiratória	23
4.2.2. Estomia de Alimentação	25
4.2.3. Estomia de eliminação	28
4.3. Ferramentas do processo de trabalho	32
4.4. Acompanhamento nutricional	35
4.5. Orientação quanto às atividades sociais	38
4.6. Acompanhamento psicológico a partir de abordagem biopsicossocial	40
4.7. Saúde sexual e reprodutiva	41
4.8. Cuidador e empoderamento familiar	42
5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM ESTOMIAS	45
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

1. INTRODUÇÃO

A estomia (ou ostomia) é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização de parte do sistema respiratório, digestório e urinário, criando uma abertura artificial (orifício) entre órgãos internos e o meio externo (BRASIL, 2009).

Condições traumáticas ou patológicas podem gerar necessidade de uma estomia para a manutenção da vida. Acredita-se que viver com estomia seja um desafio para a maioria das pessoas, as quais necessitam de cuidado e atenção qualificada dos profissionais de saúde, suprimindo a demanda de assistência e a educação para o autocuidado (BRASIL, 2009).

A pessoa com estomia poderá passar por uma turbulência de pensamentos e emoções relacionadas ao tratamento e reabilitação, além da adaptação ao novo estilo de vida. Portanto, preconiza-se que a assistência deva ocorrer de forma integral, considerando os diversos aspectos biopsicossociais, fisiopatológicos, nutricionais, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa com estomia. Para tanto essas características individuais devem ser avaliadas e consideradas no seu contexto familiar, cultural, religioso, comunitário, sociais, econômicos, de escolaridade, dentre outros (Silva et. al, 2017).

Portanto, a família deve estar envolvida no cuidado à pessoa com estomia e os profissionais de saúde devem favorecer sua inclusão na recuperação e a reabilitação destas pessoas (Ardigo & Amante, 2013)

Neste contexto é necessário considerar a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) local e regional como estratégia para uma assistência integral, qualificada e resolutiva com vistas ao desenvolvimento do autocuidado, tratamento precoce de complicações e melhor qualidade de vida na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, este Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia visam proporcionar orientações, estratégias e assistência, considerando o processo de habilitação/reabilitação na RAS. Essas orientações se justificam pela necessidade de subsidiar os profissionais de informações para o cuidado às pessoas com estomia de forma a permitir que essa clientela tenha condições de exercer suas funções na sociedade.

2. OBJETIVO

O objetivo deste documento é promover orientações aos profissionais de saúde para a atenção à pessoa com estomia do sistema respiratório, digestório (alimentação ou eliminação intestinal) e urinário, com foco no cuidado e reabilitação, considerando os diferentes aspectos do ciclo vital do indivíduo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Versão Consulta Pública

3. CARACTERIZAÇÃO

Pessoa com estomia é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico, que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo (BRASIL, 2009).

A terminologia da estomia se dá de acordo com o segmento corporal exteriorizado. Assim, tem-se as estomias de respiração (traqueostomia), as estomias de alimentação (gastrostomia e jejunostomia) e as estomias de eliminação (urostomias, ileostomias e colostomias) (Santos & Cesaretti, 2015).

Existem poucos dados sobre o número de pessoas com estomias no Brasil, o que dificulta determinar sua epidemiologia. De acordo com Santos (2007), é difícil precisar um quadro epidemiológico sobre as estomias por serem sequelas ou consequências de doenças ou traumas e não uma doença. Assim, os dados sobre estomias são desafiadores por depender de registro sistematizado de informações em um território de dimensões continentais diferenciadas, em que existem desigualdades estruturais, filosóficas e organizacionais dos serviços de saúde.

A International Ostomy Association (IOA) faz uma projeção de que existe uma pessoa com estomia para cada 1.000 habitantes em países com um bom nível de assistência médica, podendo ser bem inferior nos países menos desenvolvidos. Nessa perspectiva, estima-se para Brasil um número de mais de 207 mil pessoas com estomias no ano de 2018 (IOA, 2007). Ressalta-se que esta estimativa foi calculada considerando-se as estomias de eliminação.

A partir do artigo 5º do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, as pessoas com estomias foram enquadradas como “deficientes físicos” no Brasil, considerando sua limitação e/ou incapacidade para o desempenho de atividades, passando assim, a ter toda a proteção social conferidos a uma Pessoa com Deficiência no ordenamento jurídico, nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2004).

3.1. Estomia Respiratória

A estomia respiratória é abertura em um segmento do aparelho respiratório e a mais comum é a traqueostomia, na qual é realizado um procedimento cirúrgico que permite a comunicação direta da traqueia com o meio externo (Corbett et al, 2007).

A traqueostomia consiste na colocação cirúrgica de uma cânula na região da traqueia a qual pode ser definitiva ou temporária. É uma técnica descrita há mais de 2.000 anos, cuja indicação surge a partir da necessidade de medidas urgentes para desobstrução das vias aéreas, garantindo um acesso rápido à ventilação assistida e higiene brônquica (Corbett et al, 2007).

Surgiram outras indicações posteriormente que incluíram a ventilação mecânica prolongada, seja hospitalar ou domiciliar, proteção das vias aéreas nos pacientes em coma, facilitação da higiene brônquica, auxílio no desmame da ventilação mecânica, obstrução das vias aéreas superiores, entre outras (Vianna, Palazzo & Aragon, 2011).

A traqueostomia pode ser realizada em qualquer faixa etária e sua execução vem crescendo a incidência nas unidades de terapia intensiva permitindo a sobrevida e consequente alta dos pacientes graves, tanto em adultos como em crianças, entretanto, sua indicação em crianças, especialmente naquelas menores de 1 ano de idade, tem aumentado consideravelmente (Corbett et al, 2007). Esse aumento tem relação com aumento da sobrevida de recém-nascidos prematuros e daqueles que requerem ventilação prolongada (Alladi et al, 2004). A confecção de estomias neste público, em grande parte, é realizada no período neonatal e frequentemente são temporária (Cesaretti, 2015).

A decisão de realização da traqueostomia, especialmente na criança, é complexa e depende de vários fatores, incluindo a gravidade da obstrução da via aérea e a impossibilidade de extubação. Sua indicação sempre deverá ser baseada nas condições de cada pessoa, incluindo riscos, benefícios, prognóstico, sobrevida e qualidade de vida.

De maneira geral, as principais causas de indicação de traqueostomia na criança são (Wetmore, 2003):

- Histórico de intubação traqueal,
- Obstrução grave de vias aéreas superiores,
- Malformações craniofaciais,
- Neuropatias e doenças neuromusculares com disfunção bulbar,
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica prolongada,
- Trauma cranioencefálico, acidente vascular encefálico.
- Tempo prolongado de intubação orotraqueal, sem prognóstico de extubação.

Estudos epidemiológicos de populações pediátricas relatam a presença de muitas comorbidades, sendo as mais frequentes: prematuridade, pneumopatias, gastropatias, síndromes e malformações craniofaciais.

Em relação aos adultos, as indicações de traqueostomia variam desde o auxílio no desmame da ventilação mecânica até obstrução da via aérea por tumor ou estenose. Desta forma, as condições clínicas devem ser avaliadas caso a caso tendo em vista a risco, benefício, patologia de base e proposta de tratamento desta. A maior causa de indicação de traqueostomia para adultos é a permanência prolongada em ventilação mecânica, sendo a traqueostomia a forma mais eficiente de proteger a via aérea de estenose traqueal, facilitar desmame da ventilação mecânica e promover a higiene brônquica (Camargo & Filho, 2011).

Uma vez definida a necessidade da traqueostomia é essencial a orientação dos familiares em relação aos cuidados e à prevenção de complicações. A equipe multiprofissional deve estar atenta para o diagnóstico rápido e abordagem das intercorrências (Fernandez-Bussy et.al 2015).

Os critérios para decanulação dos adultos são similares aos das crianças, observamos que após três anos a maioria das pessoas que permaneceram em ventilação mecânica e foram traqueostomizados estão decanulados (Combes et. al, 2003).

No entanto, a ausência de exame endoscópico das vias aéreas (EVA), a dependência de ventilação mecânica nos últimos três meses, ou a dependência da traqueostomia para higiene brônquica, são considerados fatores que contra-indicam para a decanulação (Avelino et.al, 2017).

Há casos em que é possível a reversão da estomia respiratória. Este processo passa pela decanulação que acontece quando a traqueostomia é retirada e a pessoa é capaz de manter uma via aérea adequada e segura, independente da presença da cânula de traqueostomia (TQT). Para isto, pode ser necessária a realização de procedimentos endoscópicos ou cirúrgicos para restabelecer a perviedade da via aérea (De Leyn et. al, 2007; Waddell et al., 1997).

A atuação da equipe multidisciplinar de forma conjunta e coesa é essencial na identificação de fatores que comprometem o sucesso da decanulação, tais como tosse ineficaz, com dificuldade na eliminação de secreções; distúrbio de deglutição, com aspiração salivar; hipertrofia e desabamento de partes moles (agravados durante o sono) e hipotonia da musculatura torácica, com a presença de hipoventilação (De Leyn et al., 2007; Waddell et.al., 1997).

Complicações relacionadas à traqueostomia podem ser divididas em imediatas, precoces e tardias, como demonstrado na Tabela 01:

Tabela 01: Complicações relacionadas à traqueostomia.

Imediatas	Precoces	Tardias
Hemorragia	Hemorragia	Estenose traqueal
Dano a estrutura traqueal	Pneumotorax	Granuloma
Falha do procedimento	Deslocamento da cânula traqueal	Traqueomalacea
Broncoaspiração	Pneumomediastino	Pneumonia
Perda do trajeto para via aérea	Enfisema subcutaneo	Broncoaspiração
Morte	Infecção do estoma	Fístula traqueo inominada
Hipóxia	Ulceração do estoma	Fístula traqueo esofágica
Hipercarbia	Disfagia	
Falso trajeto	Decanulação acidental	

Fonte: Ministério da Saúde.

Dentre as complicações mais temidas, está a obstrução da cânula de traqueostomia. Trata-se de um problema comum que pode atingir 72% dos prematuros e RN traqueostomizados e cerca de 14-28% das crianças com traqueostomia maiores de um ano. Em adultos a incidência de obstrução da cânula é de 3,5 % (Fernandez-Bussy et.al 2015). As causas mais comuns são a presença de plug mucoso, granulomas e a ocorrência de falso trajeto (Mitchell et.al., 2013; Deutsch, 2010).

A decanulação acidental é outra complicação potencialmente fatal. Para evitá-la, recomenda-se uso de fixação adequada e sua substituição diária por pessoas devidamente capacitadas. Deve-se ter cuidado redobrado em usuários agitados e pouco cooperativos (Mitchell et.al, 2013; Fernandez-Bussy et.al 2015).

Traqueíte é outra complicação relativamente comum e é caracterizada pelo aumento persistente da quantidade de secreção traqueal purulenta (>4hs-dia) geralmente associada a sinais e sintomas sistêmicos (aumento na demanda de oxigênio, taquidispnéia, tosse, sibilos ou roncosp, febre), na ausência de infecção pulmonar (RX sem alteração) (Cline et al, 2012).

A ocorrência de sangramento está relacionada principalmente à aspiração traumática e pode ser favorecida pela presença de granulomas. A adequada orientação sobre

técnica correta de aspiração, minimamente traumática, é geralmente suficiente para prevenir tal complicação (Picinin et.al, 2016). A lesão da artéria inominata é rara (<0,7%) e para sua prevenção deve-se garantir o posicionamento correto da cânula, evitar pressão excessiva no balonete, evitar a utilização de cânulas rígidas (metálicas) (De Leyn et al, 2007).

A traqueostomia também impede o fluxo adequado de ar em direção à laringe. Este desvio do fluxo aéreo e a interrupção da função vocal adequada têm amplas implicações no sistema respiratório, na deglutição e na comunicação (Goldsmith, 2000; Norman, Louw & Kritzinger, 2007).

Em relação às alterações na deglutição, estudos têm demonstrado que a aspiração de alimentos em pessoas traqueostomizadas pode atingir de 15 a 87% (Goldsmith, 2000; Winklmaier et al, 2007).

Outra repercussão que a traqueostomia traz diz respeito ao processo de comunicação verbal. As pessoas que necessitam da cânula de traqueostomia não conseguem falar como antes, uma vez que há a obstrução do ar nas pregas vocais. Em alguns casos, a pessoa pode emitir alguns sons, mas se cansa com facilidade devido ao esforço (Picinin et.al, 2016).

Se o *cuff* estiver desinsuflado o ar residual que passa na parte externa da cânula pode vibrar as pregas vocais, mas na maioria dos casos esse ar é insuficiente para produzir voz de qualidade satisfatória, gerando disfonia. Se o ar é impedido de chegar às pregas vocais, como, por exemplo, na presença do *cuff* insuflado, então a pessoa irá apresentar um quadro de afonia. Tanto a disfonia quanto a afonia dependem do tamanho da cânula de traqueostomia em relação à luz traqueal, ou seja, quanto maior o tamanho da cânula, menor a capacidade de fonação.

Já em crianças, a traqueostomia dificulta a exploração dos sons, o que pode ter implicações nas interações sociais que são críticas para o desenvolvimento das competências linguísticas. Cuidadores tendem a falar menos com as crianças que não podem se comunicar, sendo necessário incluir os familiares no processo de reabilitação, a fim de contribuir para o aumento do desenvolvimento da criança.

3.2. Estomia de Alimentação

A terapia nutricional (TN) é um conjunto de procedimentos terapêuticos com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional e clínico da pessoa pode ocorrer por meio da nutrição enteral (NE) ou nutrição parenteral (NP) (BRASIL, 2000).

Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (BRASIL, 2000).

Nutrição Parenteral (NP): solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (BRASIL, 1998).

Dentro dessa perspectiva, a Nutrição Enteral (NE) é apropriada para pessoas que apresentam o trato gastrointestinal íntegro e funcionante no processo de digestão, mas com a ingestão oral parcial ou totalmente comprometida. Pode ser exclusiva ou parcial, utilizar fórmulas, industrializadas ou artesanais, especialmente desenvolvidas para o uso em sonda. Quando ofertada em ambiente domiciliar caracteriza a terapia de nutrição enteral domiciliar (TNED) (Zaban & Novaes, 2009).

O tempo previsto da alimentação enteral, o grau de risco de aspiração ou deslocamento da sonda, a presença ou ausência de digestão e absorção normais, se uma intervenção cirúrgica está ou não planejada e o tipo de dieta a ser utilizada, considerando questões da administração como viscosidade e volume da fórmula, devem ser analisados na definição da via de acesso (Mahan et al, 2005).

Usualmente são indicados sonda enteral quando a NE será utilizada por curto período de tempo, tendo em vista que o uso prolongado da sonda em contato com a mucosa é contraindicado pela possibilidade de complicações (Ishida et al, 2010). Sendo assim, quando a previsão de tempo da utilização de nutrição enteral for maior que 4 semanas ou quando há alguma obstrução do trato digestório, recomenda-se uso de gastrostomia (Diten, 2011).

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que permite acesso à câmara gástrica pela parede abdominal com a criação de uma abertura artificial do estômago. Já uma jejunostomia também é considerado uma estomia de alimentação e a sonda é colocada no intestino delgado (Santos et al, 2011).

As gastrostomias e jejunostomias podem ser realizadas por via endoscópica, por laparoscopia ou laparotomia. As duas últimas vias de acesso são realizadas por cirurgias, que vinculados a outros procedimentos hospitalares acarretam um aumento nos custos, além de maiores índices de morbidade e mortalidade associados. Por esses motivos, o método mais comum e atual de nutrição enteral é a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP). (Forest, 2011; D'Avila et al, 2008)

A realização da (GEP) proporciona uma nutrição enteral segura e a longo prazo em pacientes com disfagia ou ingestão oral insuficiente (Toh Yoon et al, 2016). No entanto, as complicações relacionadas à nutrição gástrica, como pneumonia por aspiração e vazamento para a pele periestomia grave, podem impedir o uso da GEP. A jejunostomia pode superar essas complicações com o fornecimento de dieta após o piloro.

O número de procedimentos de sondas de gastrostomia instalados por via endoscópica tem aumentado significativamente (Simons & Remington, 2013). É mais utilizado devido ao baixo custo, menor tempo de hospitalização, baixos índices de complicações e de morbimortalidade, quando comparada à técnica tradicional (Ishida et al, 2010).

O índice de complicações varia de 6% a 56% para a gastrostomia por laparotomia e de 2% a 15% para gastrostomia por endoscopia (Santos et al, 2011). Essas intervenções, tradicionalmente feitas por laparotomia, seguem-se de elevada porcentagem de complicações incisionais e respiratórias, tendo sido referidos índices de morbidade de até 50% e mortalidade que pode atingir 35% (Franken et al, 2014; Huang et al, 2014).

As complicações relacionadas às gastrostomias podem variar de 0,4% a 43%; a mortalidade relacionada ao procedimento de 0% a 2% e a mortalidade após 30 dias ocorrer de 6,7% a 26% (Blumenstein, Shastri & Stein, 2014). As complicações agudas da passagem da sonda de gastrostomia estão relacionadas à sedação e ao próprio procedimento. As mais comuns são aspiração, hemorragia e perfuração, além do risco de hipóxia e hipotensão (Itkin et al, 2011).

O sangramento durante a realização da passagem sonda de gastrostomia é uma complicação incomum, ocorrendo em até 2,5% dos casos (Anderson et al, 2009). A completa laceração do estômago, duodeno ou cólon é uma complicação catastrófica que ocorre de 0,5% a 1,3% dos casos e pode ser minimizada com atenção rigorosa com transiluminação e palpação da parede anterior do abdome (Itkin et al, 2011).

As complicações tardias estão relacionadas à infecção do sítio de gastrostomia, irritação periestomia, Síndrome de Burried Pumper, retirada inadvertida da sonda e infecção fúngica.

A infecção da pele periestomia é uma das complicações mais comuns, ocorrendo 30% e com mais frequência nos diabéticos, obesos, desnutridos, em uso de corticoides ou em terapia imunossupressora (Itkin et al, 2011).

O extravasamento de secreção gástrica / dieta enteral causa lesão da pele periestoma, que é um problema reportado na literatura de 1,0% a 2,0%. Os fatores de risco incluem infecção no sítio da sonda, aumento de secreção gástrica, limpeza excessiva com peróxido de hidrogênio, Síndrome de Burried Pumper, torção da sonda de gastrostomia e excessiva tensão entre o balonete interno e o anteparo externo (Lin et al, 2001).

A Síndrome de Buried Pumper, outra complicação temida, está relacionada à penetração do próprio balonete da sonda de gastrostomia na mucosa gástrica e pode ocorrer de 1,5% a 8,8% dos casos. Esta síndrome ocorre quando há tensão excessiva entre o balonete interno e o anteparo externo, desnutrição e considerável ganho de peso e caracteriza-se pela presença de infecção local, imobilização do próprio dispositivo, dor abdominal e resistência na infusão da dieta enteral (Baskin, 2006).

Uma retirada acidental da sonda de gastrostomia pode ocorrer de 1,6% a 4,4% dos casos. Sabe-se que maturação ou cicatrização do pertuito da gastrostomia ocorre usualmente no período de 7 a 10 dias, podendo ocorrer mais tardiamente até quatro semanas nas situações de desnutrição, ascite ou tratamento com corticoides o que acaba contribuindo para a remoção acidental da sonda. As principais causas estão relacionadas com delirium, demência ou outra alteração do quadro mental (Dwyer et al, 2002).

Outra complicação possível diz respeito à infecção fúngica no sítio de inserção que ocorre devido a saturação do dispositivo pelo próprio crescimento fúngico na parede interna da sonda com dilatação e quebra, sendo reportado em até 70% após 450 dias de sua passagem (Itkin et al, 2011).

Sondas gastrojejunais podem apresentar complicações que variam de 53% a 84%, causadas pelo movimento retrógrado da sonda ou deslocamento com obstrução e/ou dobra (DeLegge et al, 1995). A migração do jejuno para o duodeno ou estômago é a única complicação e ocorre de 27% a 42% dos casos (Doede, Faiss & Schier, 2002).

As complicações com sonda jejunais são semelhantes às de gastrostomias. As jejunostomias podem causar volvo, perfuração do intestino delgado e fístula enterocutânea

persistente. As complicações menores podem variar de 6% a 11%, incluindo também perfuração colônica, sangramento severo e abscesso de parede abdominal.

As complicações de maior incidência nas gastrostomias endoscópicas são hemorragia no local da punção, infecção e dor local, remoção precoce da sonda e fístula gastrocolocutânea (Ishida et al, 2010). Podem dividir-se em maiores e menores. Indicados na Tabela 02. Complicações maiores ocorrem, no total, em 1 a 2% dos casos e complicações menores em 7 a 14% (Milward & Morgado, 2004; Schrag et al, 2007).

Tabela 02: Complicações menores e maiores da GEP

Complicações Menores	Complicações Maiores
Vazamento através do orifício da gastrostomia	Desenvolvimento ou exacerbação da DRGE
Granuloma	Peritonite
Infecção local de parede abdominal	Fístula gastrocolocutânea
Dor local	Obstrução intestinal
Dificuldade de tolerar dieta	Hemorragia grave
Dificuldade os pais em usar a sonda	Sepse
Hemorragia digestiva alta discreta	Fascite necrotizante
Pneumoperitônio	Pneumonia aspirativa
Úlcera de contato	Vazamento intraperitoneal do conteúdo gástrico
Deslocamento da sonda	Perfuração
Febre	
Saída inadvertida da sonda	

Fonte: ISHIDA et al, 2010

A pessoa com gastrostomia requer orientações e acompanhamento que garantam segurança na manipulação da sonda para prevenir complicações (Cunningham & Best, 2013), porém a prevenção ou tratamento de complicações das gastrostomias envolve equipe multidisciplinar (Ishida et al, 2010).

3.3. Estomia de Eliminação

As estomias de eliminação também são procedimentos cirúrgicos que consistem na exteriorização de parte do sistema digestório e urinário, criando uma abertura para a eliminação de fezes, gases e urina para o meio externo (BRASIL, 2009).

As estomias urinárias são realizadas em pessoas com doenças que envolvem a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra. Essas derivações têm por finalidade preservar a função renal. Estão previstas na abordagem terapêutica de algumas doenças que incluem as neoplasias, disfunções neurológicas, doenças obstrutivas do trato urinário e algumas anomalias congênitas (Santos & Cesaretti, 2009).

Já as estomias intestinais são indicadas quando alguma parte do intestino apresenta disfunção, obstrução ou lesão. A abordagem terapêutica contempla um grande número de doenças que incluem câncer colorretal, doença diverticular dos colos, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose, trauma abdominal com perfuração intestinal, mega cólon, dentre outras. O estoma recebe o nome de acordo com a porção intestinal envolvida, como ileostomia, colostomia, entre outras (Gama & Araújo, 2001).

Ter a estomia bem localizada, além de representar um direito da pessoa com estomia, possibilita as atividades de autocuidado relacionadas à higiene da pele periestoma, remoção, colocação e manutenção do dispositivo coletor, contribuindo para a prevenção de complicações e, ainda, facilitando a reintegração social dessa pessoa.

Mesmo com as dificuldades encontradas no Brasil para se definir o número real de pessoas com estomias de eliminação, alguns estudos têm sugerido um perfil predominante de pessoas do sexo feminino, com idade maior que 60 anos, câncer colorretal como fator causal da cirurgia geradora da estomia. Essas por sua vez são, em sua maioria, do tipo colostomias e de caráter permanente (Moraes, et al, 2013).

3.3.1. Estomia Intestinal

As estomias intestinais são as mais conhecidas dentre as de eliminação, as quais podem ser temporárias ou permanentes/definitivas. São temporárias quando o problema que levou à sua confecção é sanado e possibilita a reconstrução do trânsito intestinal, ou a reversão do trato digestório cirurgicamente. Por sua vez, as permanentes/definitivas são as que apresentam o segmento distal do intestino grosso, na porção do colo ascendente e

sigmóide e o reto, impedindo o restabelecimento do trânsito intestinal (Nascimento et al, 2011).

Outra classificação é conforme o segmento do intestino utilizado e/ou da técnica cirúrgica realizada. Tanto a localização anatômica da estomia como a técnica cirúrgica empregada terão impacto nos domínios biopsicossociais e espirituais e influenciarão as características e o volume de drenagem e, conseqüentemente, o estilo e a qualidade de vida do indivíduo.

As estomias realizadas no segmento distal do intestino delgado (íleo) são denominados **ileostomias** e as do intestino grosso são as **colostomias**. As intestinais são feitas em alças com mobilidade e comprimento que facilitem sua exteriorização pela parede abdominal (Rocha, 2011).

As estomias intestinais, dependendo da sua localização, podem apresentar características peculiares ao segmento intestino que foi realizada, podendo ser classificadas conforme apresentado na Tabela 03:

Tabela 03: Classificação das Estomias Intestinais

Ileostomia	É a exteriorização da parte final do intestino delgado, decorrente de qualquer motivo que impeça a passagem das fezes pelo intestino grosso. Os efluentes, nesse caso, são mais líquidos do que os eliminados por uma colostomia.
Colostomia Ascendente	É realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso). As fezes são líquidas ou semi-líquidas nos primeiros dias após a cirurgia e pastosas após a readaptação intestinal.
Colostomia Transversa	É realizada na parte transversa do cólon (porção entre o cólon ascendente e descendente). As fezes são de semi-líquidas a pastosas.
Colostomia Descendente	É realizada na parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso). As fezes são de pastosas a sólidas e, no início, o funcionamento do estoma é irregular podendo eliminar fezes várias vezes ao dia, em diferentes momentos. Com o tempo, o funcionamento pode se regularizar, mas será sempre involuntário.
Colostomia Sigmóide	É realizada na parte do sigmóide. As fezes são de firmes a sólidas (semelhante às fezes eliminadas pelo ânus) e também é possível adquirir regularidade.
Colostomia Úmida em Alça	É realizada para permitir a saída de urina e fezes pelo mesmo estoma. É uma alternativa para pessoas que necessitam de dupla derivação (aparelho urinário e digestório).

Fonte: MEIREILES, C.A.; FERRAZ, C.A., 2001

Em alguns casos é possível realizar a reversão da estomia intestinal. Essa reversão é um procedimento cirúrgico para reconstrução do trânsito intestinal, no tempo oportuno. A celeridade na realização da reversão apresenta benefícios tanto ao sistema de

saúde quanto às pessoas, visto que reduz o custo do tratamento e melhora a qualidade de vida e a funcionalidade.

As possíveis complicações da estomia intestinal estão correlacionadas a diversos fatores, tais como: idade, alimentação, técnica cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infecções, aumento de peso, localização inadequada da estomia e uso incorreto de dispositivos prescritos (Santos & Cesaretti, 2015).

As complicações da estomia intestinal mais comuns são (Santos & Cesaretti, 2015):

- Abscesso: pode surgir na estomia ou no orifício de exteriorização da alça intestinal e é geralmente provocada por fungos ou germes anaeróbicos.
- Edema: ocorre pela infiltração de líquido nos tecidos próximos ao estoma e/ou pela mobilização da alça intestinal para sua exteriorização. A sua evolução deve ser acompanhada, uma vez que pode provocar necrose, por diminuição da irrigação sanguínea.
- Estenose: surge geralmente no terceiro mês de pós-operatório, quando ocorre estreitamento da luz da estomia, ocorrendo dificuldade crescente para eliminar o conteúdo intestinal. A correção poderá necessitar de tratamento cirúrgico.
- Foliculite: causada pela remoção traumática dos pelos da região periestomia ou remoção inadequada da bolsa, provocando lesão/inflamação na epiderme ao redor do folículo piloso.
- Varizes periestomias: ocorrem com a dilatação das veias cutâneas ao redor da estomia de cor roxo-azulado.
- Hemorragia: pode ocorrer nas primeiras horas após a confecção da estomia, geralmente em decorrência da hemostasia inadequada durante a construção da estomia. Ressalta-se que um pequeno sangramento inicial pode acontecer, mas se for contínuo e abundante um atendimento hospitalar deve ser procurado imediatamente.
- Hérnia periestomia: surge quando existe um espaço entre o segmento intestinal que forma a estomia e o tecido circundante, configurando um defeito, sendo o resultado de uma saliência total ou parcial na base da estomia. Indica-se cirurgia corretiva apenas quando a hérnia está causando muitos transtornos às atividades de vida diária.
- Necrose: pode ocorrer por isquemia arterial (insuficiência na chegada de sangue), ou por isquemia venosa (drenagem venosa do segmento exteriorizado).

- Prolapso: exteriorização inesperada total ou parcial do segmento da alça intestinal pela estomia de forma gradativa ou súbita. Esta complicação não é letal, mas causa problemas de pele e grande dificuldade no cuidado com estomia.
- Retração: ocorre devido à má fixação ou insuficiente exteriorização da alça intestinal levando ao deslocamento da estomia para a cavidade abdominal.
- Lesão da pele periestomial: pode decorrer do contato com efluente ou produtos utilizados na pele periestomial. Esses agentes causam distúrbios nos mecanismos de defesa da pele, permitindo a penetração de substâncias nocivas e desenvolvendo processo inflamatório. As causas mais comuns de dermatite por trauma mecânico incluem técnicas de limpeza ou retirada traumática do dispositivo, fricção ou pressão contínua de dispositivos mal adaptados, ou troca frequente de bolsa coletora.

3.3.2. Estomia Urinária

As derivações urinárias foram descritas nos séculos XIX, mas se tornaram comuns no ambiente urológico apenas no século XX e tem como principal objetivo de drenar a urina, sob baixa pressão, para não ocorrer danos aos rins (Maciel, 2014).

As estomias urinárias não são causas e diagnósticos e sim sequelas ou consequências do tratamento de determinadas doenças ou traumas (Rodrigues, 2015). As principais indicações para a confecção da derivação urinária são os tumores do trato urinário, as lesões funcionais graves e as anomalias anatômicas. Podem ser divididas em permanentes ou temporárias, continentas e incontinentes (Maciel, 2014).

As derivações urinárias, de acordo com a localização anatômica, podem ser classificadas, conforme apresentado na Tabela 04:

Tabela 04: Classificação das derivações urinárias de acordo com a localização:

Nefrostomia ou pielostomia	Quando derivadas diretamente dos rins
Ureterostomia	Quando exterioriza um ureter
Cistostomia	Quando deriva da bexiga
Vesicostomia	Quando a mucosa da bexiga é suturada na pele, acima da sínfise púbica

Fonte: Ministério da Saúde.

As complicações que podem surgir após o procedimento cirúrgico consistem em infecção com deiscência da ferida operatória, extravasamento de urina, hematúria, fístulas entérico-urinárias, infecção do trato urinário/ sítio cirúrgico, além de pielonefrite, retração da estomia, estenose, formação de cálculos e hidronefrose com deterioração da função renal. Essas podem ser classificadas como precoces ou tardias (Paula, Paula & Cesaretti, 2014; Schmidt & Hanate, 2015; Sonobe, et al, 2016).

As complicações relativas a pele periestomia são dermatites irritativas, lesões pseudo-verruosas, incrustações alcalinas, varizes e pioderma gangrenoso (Schmidt & Hanate, 2015).

4. O CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA

4.1. Funcionalidade Humana e Reabilitação

Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência (WHO, 2012), a reabilitação é definida como “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência ou prestes a adquirir uma deficiência à terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”. Compreende-se, portanto, como um processo que visa à capacitação e potencialização das habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, psicológicas e sociais com foco na independência e autodeterminação.

A reabilitação, tradicionalmente, era focalizada no diagnóstico e tratamento clínicos. Entretanto os modelos de reabilitação atuais refletem uma nova forma de gestão que aborda a pessoa de forma integral, incluindo os fatores sociais, psicológicos e ambientais que contribuem para a saúde e a qualidade de vida (OMS, 2003).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) foi inovadora em determinar em sua terminologia a funcionalidade como termo amplo, pois engloba funções e estruturas do corpo, os componentes das atividades, pela execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade.

Em 2015, foi sancionada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), Lei Nº 13.146/2015, a qual ratificou os entendimentos pactuados na Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo

Facultativo, a qual entende que a pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Esta Lei assegura e a promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015).

Considerando todos esses aspectos, o processo de reabilitação requer uma abordagem integral, multiprofissional e interdisciplinar que envolva diferentes técnicas, para qualificação da ação conjunta com estabelecimento de prioridades, ações e intervenções contextualizadas formando assim o Plano Terapêutico Singular (PTS) individualizado.

A precocidade no processo de reabilitação é elementar para potencializar a funcionalidade das pessoas com estomias, prevenir sequelas e realizar a inclusão dessas pessoas em suas atividades diárias.

No contexto das pessoas com estomia, especialmente às com estomia respiratória, é possível que ocorra alterações nas funções da voz e fala (Picinin et.al, 2016). Também pode ocorrer repercussões na área de recreação e lazer, algumas pessoas com estomias podem ficar privadas de esportes envolvendo água, bem como aqueles que implicam em contato direto pessoa-pessoa (ex: lutas) pelo risco de decanulação. Funções urinárias e de micção também podem sofrer impactos na funcionalidade.

Estas questões devem ser consideradas pelos profissionais de saúde durante o processo de reabilitação da pessoa com estomia e na previsão de metas do PTS.

4.2. Cuidados gerais e processo de reabilitação

As ações do processo de reabilitação das pessoas com estomias devem caminhar “*pari passu*” com o objetivo implícito no conceito de reabilitação, que é o de concentrar e potencializar as capacidades existentes ou residuais. Essas ações visam o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades necessárias às atividades diárias, a fim de permitir a reintegração social das pessoas com estomia.

Tomada a decisão pela realização do procedimento terapêutico, o ensino do autocuidado deve ser iniciado com orientações sobre sua futura condição de vida e os cuidados que, a partir de então, serão necessários (Silva et. al, 2014).

A importância da orientação antes do procedimento, deve-se ao fato de que nesse período são avaliadas as questões físicas (nutrição, funcionamento intestinal, comorbidades), sociais (relacionadas à dinâmica familiar e de suporte emocional), permitindo à pessoa com estomia trabalhar sua estratégia de enfrentamento.

No momento da alta, a pessoa será encaminhada para receber atendimento especializado e fornecimento das orientações necessárias à sua nova condição. Na medida em que se sentir mais seguro, o indivíduo se tornará apto e independente para o autocuidado.

Quanto ao processo de reabilitação da pessoa com estomia, o estabelecimento de metas para reabilitação e o planejamento da alta após a cirurgia de estomia é um processo contínuo, que deve começar o mais rápido possível.

Esse processo deve ser precedido de uma avaliação integral realizada por um especialista em conhecimento e experiência na área. O especialista deve ter uma escuta qualificada para garantir que os cuidados sejam centrados nas demandas daquela pessoa em questão. A participação multidisciplinar envolvendo pessoa com estomia, cuidadores e famílias qualifica o cuidado e otimiza o processo de reabilitação.

Outro ponto importante na reabilitação é o empoderamento da pessoa que consiste no processo pelo qual ele se torna mais autônomo para gerenciar sua saúde e vida por meio da mobilização de recursos adequados para permitir que suas necessidades sejam atendidas.

Entretanto, existem situações especiais onde haverá necessidade de um cuidador, como por exemplo, em bebês e crianças, em idosos e em alguns casos de pessoas com deficiência.

O cuidador é um elo entre a pessoa com estomia, a família e a equipe de saúde no momento em que uma pessoa está fragilizada e dependente. Muitas vezes é um membro da família que assume esse papel.

Na maioria das estomias, há necessidade da utilização de dispositivo que permitam, em alguns casos, manter a abertura e adequado dos estomias, e em outros, auxiliar na coleta de resíduos gerados no organismo.

Para garantir eficácia, proteção, segurança, conforto e praticidade no cuidado é fundamental conhecer os diferentes dispositivos e características mínimas de cada um deles, garantindo boa relação custo-benefício dos dispositivos coletores e os adjuvantes.

Além disso, os enfermeiros estomaterapeutas e outros profissionais de saúde devem ter conhecimento técnico para avaliar as condições clínicas da pessoa com estomia,

suas necessidades e fatores associados, tais como idade, profissão ou atividade laborativa, religião, prática de atividade física, dentre outras (Lage; Paula & Cesaretti, 2014; Cesaretti, et.al., 2015).

Cabe ressaltar que a prescrição assertiva dos dispositivos, com o objetivo de garantir qualidade de vida ou dignidade de morte deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado à pessoa com estomia. Orientações específicas sobre utilização, higienização e recolocação dos dispositivos também são essenciais.

Deve ser lembrado ainda que, mesmo que a pessoa com estomia apresente uma boa adaptação e elevada qualidade de vida, a reversão da cirurgia (que consiste na reconstrução do trânsito intestinal) é desejada e esperada. As pessoas com estomia temporária, ou seja, que têm a possibilidade de reverter a estomização devem ser avaliadas e incentivadas buscar pelo procedimento uma vez que pode repercutir tanto na qualidade de vida delas e como no financiamento do serviço especializado (Mota, Gomes & Petuco, 2016).

4.2.1. Estomia Respiratória

Dentre os cuidados pré-cirúrgicos das estomias respiratórias é importante destacar a necessidade de avaliar e discutir a indicação da traqueostomia, o melhor momento, se provisória ou definitiva. São necessários exames clínicos, laboratoriais, parâmetros de ventilação mecânica.

É recomendado que antes da traqueostomia seja realizado exame endoscópico das vias aéreas (EVA) com objetivo de avaliar as causas da obstrução respiratória e decidir a melhor localização da traqueostomia. Esse procedimento auxilia na verificação do bom posicionamento da traqueostomia, dar seguimento ao tratamento das patologias da via aérea, orientar tratamentos futuros, bem como, relatar a presença de via aérea pérvia acima da traqueostomia, tanto em adultos como em crianças (Avelino et.al, 2017).

No pós-cirúrgico imediato é necessário a vigilância em relação ao sangramento, evitar a mobilização da cânula de traqueostomia para prevenir a decanulação acidental.

Os principais cuidados necessários nos casos de uma **estomia respiratória** são:

- O uso de gaze evita o contato da pele com a cânula de traqueostomia, podendo auxiliar na prevenção de lesões cutâneas. Deve-se ter o cuidado de trocar a gaze sempre que houver sujidade ou umidade;

- Higienizar a pele do pescoço em contato com o cadoarço de fixação com água e sabão pelo menos 1x ao dia e realizar a troca do cadoarço (ou fixação) nesta oportunidade;
- Aspirar com o dispositivo devido, tomando o cuidado de não o introduzir mais do que 1 cm do comprimento da cânula; a aspiração deve ser feita conforme a quantidade de secreção ou sempre que houver ruído excessivo ou sinal de desconforto respiratório, pelo menos 3 vezes ao dia;
- Deve-se ter cuidado com o tempo de aspiração para evitar hipóxia e reflexos vagais;
- Observar a presença de mudança de coloração da secreção pulmonar e odor fétido;
- Verificar diariamente o posicionamento da cânula de traqueostomia e as condições da pele abaixo da cânula;
- As trocas de cânula de traqueostomia devem ser realizadas de acordo com critérios clínicos, recomenda-se não ultrapassando o intervalo de 3-4 meses entre as trocas.

Os dispositivos para estomias respiratórias tem a finalidade de promover a comunicação da traqueia com o meio externo (cânulas) bem como auxiliar no processo de fonação e deglutição (válvulas fonatórias). Na Tabela 05 apresentamos os dispositivos mais utilizados em estomias respiratórias e suas características.

Tabela 05: Dispositivos mais utilizados em estomias respiratórias e suas características

Estomia	Dispositivos	Características e cuidados mínimos necessários
Respiratória	Cânulas	O tamanho e o material das cânulas devem ser adequados ao peso, idade e condição da pessoa com estomia. Por vezes pode ser necessária a utilização de cânulas com balonetes ou “cuffs”, otimizando a ventilação e impedindo a passagem de líquidos e secreções para os pulmões. O tempo de uso, a periodicidade das trocas devem ser avaliados individualmente considerando o risco de contaminação e de quebra dos dispositivos, sendo recomendado que as trocas não ultrapassem o intervalo de 3-4 meses Também é recomendado atentar para as indicações do fabricante.
	Válvulas fonatórias	Tem como objetivo facilitar a comunicação e desenvolvimento da fala e reduzir o risco de broncoaspiração, promovendo o retorno da pressão subglótica. Existem situações nas quais é contra-indicada a utilização das válvulas fonatórias ou dificultar seu uso. Por isso, cada caso deve ser avaliado individualmente.

Fonte: Ministério da Saúde.

Outros produtos adjuvantes para o cuidado como películas protetoras ou medicações tópicas podem ser utilizados e prescritos por profissionais da saúde, dentre eles

cita-se: os protetores cutâneos, creme barreira e espuma absorvente para proteção da traqueostomia.

A literatura orienta evitar a utilização de cânulas metálicas, devido à sua baixa biocompatibilidade, constituição rígida, a ausência de balonete e a falta de conector universal, que permita a conexão à VM (Hess, 2005; Sherman et al, 2000; O'Connor & White, 2010).

Medidas para prevenção da obstrução devem ser indicadas para todas as crianças e adultos com traqueostomias, e reforçadas pela equipe de enfermagem e fisioterapia. Essas medidas incluem: aspiração regular com técnica correta e quando houver evidência de secreção em vias aéreas; umidificação da secreção; utilização de AMBU nas aspirações, para melhor mobilização das secreções e trocas regulares de cânulas (Sherman et al, 2000).

Diante de decanulação acidental, recomenda-se inserção de tubo orotraqueal (cerca de 5 cm) no orifício da traqueostomia, para manter o traqueostoma pérvio e garantir o acesso à via aérea até a chegada do serviço de emergência ou recolocação de nova cânula. Neste sentido, a família deve ser previamente orientada sobre esta complicação e dispor de tubo apropriado ao calibre da cânula utilizada (usualmente o tubo utilizado deve ser 0,5 calibre inferior ao da cânula).

4.2.2. Estomia de Alimentação

Na etapa pré-operatória da estomia de alimentação a assistência de enfermagem visa à coleta de dados da pessoa permitindo-lhe conhecer, avaliar e orientar acerca do procedimento a ser realizado (Perissé, 2007). Dentre os cuidados dessa etapa, estão a suspensão de medicamentos que podem comprometer a anestesia e/ou o procedimento cirúrgico (D'Avila et al, 2008; Oliveira, Costa & Marrone, 2012). É oportuno o ensino do paciente sobre alguns cuidados pós-operatórios gerais como promoção da expansão pulmonar e oxigenação após o procedimento anestésico.

No pós-operatório, os cuidados devem auxiliar na prevenção de complicações quanto aos cuidados com o estoma, pele periestomal e manipulação, viabilizando assim o autocuidado.

Alguns cuidados especiais ao paciente gastrostomizado devem ser levados em consideração, tais como (Smeltzer et al, 2011):

- Vômitos - deve-se administrar os medicamentos prescritos e diminuir a infusão da dieta;
- Diarreia - deve-se infundir lentamente a dieta;
- Resíduo gástrico - deve-se usar pró-cinéticos, manter decúbito de 30 a 45 graus e deambular após cada infusão, quando possível;
- Constipação - deve-se usar fibras;
- Distensão abdominal - deve-se infundir dieta lentamente, manter decúbito de 30 a 45 graus, deambular após cada infusão, quando possível, e reduzir a osmolaridade da dieta;
- Refluxo e regurgitação - Deve-se utilizar pró-cinéticos e antieméticos prescritos, manter decúbito de 30 a 45 graus e deambular após cada infusão.

Outros cuidados nos casos de **estomias de alimentação** são necessários, tais como:

- O curativo com gaze pode ser necessário nas situações em que houver presença de secreções permitindo maior monitoramento local;
- Observar se há presença de secreção periestomia ou extravasamento de dieta pelo orifício da estomia. Caso ocorra, contatar profissionais da equipe de saúde para as devidas intervenções. Na vigência de secreção digestiva, há suspeita de complicações como exteriorização por tracionamento acidental ou rompimento do balonete;
- Avaliar a inserção da sonda de estomia diariamente, acompanhando o número demarcado na extensão, e observar a posição do anteparo externo, assegurando que o mesmo não faça pressão na pele ou que a sonda não tenha rotação livre;
- Utilizar uma fixação na extensão da sonda de estomia a fim de evitar tracionamento acidental e perda do dispositivo;
- Manter a sonda sempre fechado enquanto não estiver em uso;
- Administrar a dieta sempre com cabeceira elevada (acima de 45°) ou sentado e lentamente, com equipo específico para terapia nutricional enteral controlando o gotejamento rigorosamente ou com seringa;
- Após a administração da dieta, manter a cabeceira da cama elevada. Não deitar (preferencialmente sentar ou caminhar);
- Lavar a sonda de estomia com 20 a 40 ml de água filtrada/água mineral antes e após administração de dietas e/ou entre as medicações;

- Diluir bem as medicações antes de administrar. Quando possível, utilizar medicamentos na apresentação líquida ou fórmula magistral;
- Considerar volumes a partir de 100 ml para diluição de medicamentos com apresentação em pós;
- Evitar substituir as sondas de estomias por dispositivos não adequados para terapia nutricional enteral como sondas urinárias ou sistemas de drenagens gástricas, expondo em risco de conexão acidental;
- Em caso de náuseas ou vômitos durante a alimentação, pausar a infusão da dieta enteral e observar as possíveis causas. Na melhora do quadro, reiniciar a infusão com velocidade reduzida. Não administrar a dieta rapidamente, pois pode causar náusea e vômito;
- Em caso de obstrução das sondas de gastrostomia, injetar lentamente 20 ml de água filtrada ou fervida. Caso não tenha êxito, contatar com profissionais especializados;

Recomenda-se o uso de curativo estéril até o 7º dia de pós-operatório nas inserções por técnicas cirúrgica e endoscópica e até o 140º dia, na técnica radiológica. Está contraindicada a aplicação tópica de antibióticos, pois estes podem atuar em favor da resistência bacteriana. A indicação de protetores cutâneos depende das condições da pele periestomia. Sua indicação está associada à prevenção e ao tratamento de lesões periestomia, que podem ser provocadas por ação dos adesivos ou por extravasamento de material gástrico (Forest, 2011). Na Tabela 06 apresentamos os dispositivos mais utilizados em estomias de alimentação e suas características.

Tabela 06: Dispositivos mais utilizados em estomias de alimentação e suas características

Estomia	Dispositivos	Características
De Alimentação	Sonda gastrostomia	São denominadas gastrostomias iniciais (quando utilizadas pela primeira vez), de reposição ou de baixo perfil (quando utilizadas com o peritúo formado). Na gastrostomia de baixo perfil a extensão é curta e destacável. Podem apresentar calibre de 12 a 30 French e comprimento de 30 a 150 cm. Apresentam 2 ou 3 vias (conexões de entrada). Estas sondas podem ser mantidas na câmara gástrica por meio balonete insuflado com água destilada estéril ou em formato de “cogumelo” para

	<p>fixação interna e anel flexível (anteparo) para fixação externa.</p> <p>Procedimento realizado cirurgicamente, laparoscopicamente ou por via endoscópica percutânea.</p>
Sonda jejunais	<p>São menos calibrosos, apresentando calibre de 8 a 14 French e comprimento de aproximadamente 75 cm.</p> <p>Devido ao calibre, deve-se ter cautela quanto ao risco de complicação mecânica, como obstruções.</p> <p>Procedimento realizado cirurgicamente ou por endoscopia.</p>
Sonda gastrojejunais	<p>Possuem calibres de 9 French para colocação jejunal e 22 ou 24 French para colocação gástrica por meio da gastrostomia já existente.</p> <p>Podem ser constituídas de silicone ou poliuretano.</p> <p>Podem apresentar 2 ou 3 vias (conexões de entrada).</p> <p>Algumas marcas apresentam a via do balonete para fixação interna, a via gástrica para descompressão/drenagem e a via jejunal para alimentação. Outras apresentam somente a via do balonete e a via gástrica, necessitando inserir a sonda jejunal pela mesma.</p> <p>Algumas sondas também podem ser mantidas na câmara gástrica por meio de balonete insuflado com água destilada estéril ou em formato de “cogumelo”.</p>

Fonte: Ministério da Saúde.

Outros produtos adjuvantes para o cuidado como películas protetoras ou medicações tópicas podem ser utilizados e prescritos por profissionais da saúde, dentre eles cita-se: os protetores cutâneos, creme barreira e espuma absorvente para proteção da traqueostomia.

4.2.3. Estomia de eliminação

No período pré-operatório das estomia de eliminação deve ser realizada a demarcação do local onde será exteriorizado a estomia. Tais procedimentos são de responsabilidade do enfermeiro especialista em estomaterapia ou enfermeiro capacitado, o cirurgião e com a participação da pessoa com estomia e responsável/cuidador, como importante elemento neste processo de decisão. A equipe deve conhecer a técnica cirúrgica

planejada e o tipo de incisão cirúrgica a ser realizado. (Mendonça, Valadão & Camargo, 2007).

O período pós-operatório imediato compreende as 48 horas após o procedimento cirúrgico. Nesse momento o cuidado ao paciente consiste na manutenção da estabilidade hemodinâmica, equilíbrio hidroeletrólítico, controle da dor e assistência específica na observação e evolução da estomia para detectar complicações precoces (Cesaretti et al., 2015).

No período pós-operatório tardio, logo após a alta hospitalar, o paciente deverá manter a continuidade de assistência ambulatorial garantindo a estabilidade da estomia e o completo processo de reabilitação.

Uma das formas de manutenção da continência da colostomia é a técnica de irrigação, que consiste em um tipo de lavagem ou enema intestinal que possibilita o “controle” programado da eliminação intestinal, realizado a cada 24, 48 ou 72h. Assim possibilita uma evacuação programada, diminuindo a eliminação de gases e odores e, conseqüentemente, o uso de dispositivos coletores, possibilitando ainda o uso de dispositivos mais discretos como os protetores de estomias. Este procedimento não é aplicável a todas as pessoas com estomias, devendo ser prescrito após avaliação de uma equipe devidamente capacitada para esta técnica (Minas Gerais, 2015).

Além das informações obtidas na anamnese e do exame físico, o candidato a uma estomia urinária deve fazer exames complementares, como, exames laboratoriais, Radiografia ou ultrassonografia do aparelho urinário, assim como outros exames necessários, de acordo com a doença de base.

Cuidados necessários nos casos de **estomias de eliminação**:

- Realizar esvaziamento e limpeza da bolsa coletora sempre que necessário;
- Realizar troca do dispositivo coletor de acordo com critérios clínicos.

Cuidados necessários nos casos de **estomias em bebês (do nascimento até 12 meses)** (WOCN, 2011)

- O foco da atenção deve ser os pais ou responsáveis/cuidadores. É importante levantar as necessidades do bebê e da família para o cuidado integral e efetivo;
- Nesse momento os pais ainda focam a perda da criança perfeita, e então, é importante encorajá-los ao cuidado ainda no ambiente hospitalar;
- A pele do prematuro é imatura (derme não formada), este fato facilita a ocorrência de lesão química, diminuição da adesividade dos coletores, e maior absorção química. É

importante estar atento a reações do tipo hiperemia e alérgicas na pele próxima à estomia;

- Os bebês devem ser estimulados com o contato com a pele dos pais (abraçados). Cabe lembrar que, em casos de estomia de eliminação, é necessário esvaziar a bolsa coletora para colocar o bebê sobre o abdome dos pais;
- Devem dormir de barriga para cima (posição supina);
- O aleitamento materno deve ser incentivado;
- Quanto ao banho, não é recomendado o uso de sabão no neonato. O banho de imersão é recomendado para estomas intestinais, quando recomenda-se programar o banho para o momento da troca da bolsa. Bebês após 6 meses já podem utilizar uma esponja macia (desde que retirados os pontos) para auxílio da remoção de sujidades e, sempre retirar todo o resíduo de sabão e secar muito bem para não ter interferência na adesividade da bolsa coletora para as estomias intestinais ou urinárias;

Cuidados necessários nos casos de **estomias em Crianças (12 meses a 3 anos) e Pré Escolares (3 a 5 anos)** (WOCN, 2011)

- Nesta fase, a presença da estomia pode interferir no desenvolvimento físico e nas habilidades cognitivas da criança. Portanto os profissionais devem estar atentos a mudanças de comportamento ou atraso psíquico;
- As crianças de 12 meses a três anos já conseguem explorar o meio e é importante incentivá-la ao autocuidado;
- Devem ser encorajadas e orientadas para uso da toaleta;
- As crianças em idade pré-escolar (3 a 5 anos) vão adquirindo a autonomia no desenvolvimento de suas atividades na medida em que são estimuladas;
- Nesta fase já possuem identidade sexual e preocupações com identidade física;
- Acreditam apenas no concreto, porém possuem boa imaginação. É um excelente momento para desenvolver a autoconfiança;
- Em casos de estomia intestinal, o banho pode ser programado para ser realizada a troca de bolsa. É importante despreocupar os pais quanto ao medo de “entrar água” no orifício da estomia e não são recomendados banhos de espuma;
- As roupas nesta fase devem garantir segurança, confiança e proteção para a criança de maneira a não expor sua condição de saúde;

Cuidados necessários nos casos de **estomias em crianças em Idade Escolar (6 a 12 anos)** (WOCN, 2011)

- O aumento nas habilidades físicas e cognitivas exigem alterações nos cuidados com a estomias para crianças desta fase de maneira a promover sua independência;
- Destreza manual, maturidade emocional e função cognitiva variam desde o início do deste período até o limiar da adolescência. Esses fatores também são influenciados pela cultura e clima familiar, pelas habilidades inatas, pelas experiências de vida da criança e pelo impacto da condição médica e do tratamento;
- As crianças mais novas podem precisar de auxílio em suas atividades, enquanto as crianças mais velhas conseguem realizar o autocuidado quase que independente;
- A repetição irá promover a aprendizagem das etapas do cuidado, portanto a equipe de saúde deve minimizar a variação no ensino até que a habilidade seja dominada;
- Nos casos de estomia intestinal, os banhos podem ser com ou sem bolsa e também são encorajados a programar o banho para o momento da troca do dispositivo.

Cuidados necessários nos casos de **estomias em Adolescentes (13 a 18 anos)** (WOCN, 2011)

- Nesta fase de desenvolvimento, os adolescentes são frequentemente capazes de realizar o próprio autocuidado, e devem ser preparados para isso;
- Sensibilidade e compreensão são necessárias para lidar principalmente com as questões emocionais relacionadas à adolescência que podem impactar a saúde e o autocuidado;
- Adolescentes precisam de atenção para discutir o impacto da estomia em todas as suas atividades diárias: higiene, dieta, esportes e recreação, vida social e sexualidade.
- Embora o adolescente deva ser considerado o principal responsável pelo próprio cuidado, deve-se instruir os pais para fornecerem suporte e supervisão adequados;

Na Tabela 07 apresentamos os dispositivos mais utilizados em estomias respiratórias e suas características.

Tabela 07: Dispositivos mais utilizados em estomias de eliminação e suas características

Estomia	Dispositivos	Características e cuidados mínimos necessários
---------	--------------	--

Eliminação	Bolsas coletoras	<p>Independentemente do tipo de estoma e do efluente, o material plástico para a confecção da bolsa deve ser macio; flexível; silencioso; resistente à prova de odor, umidade e vazamento; atóxico e hipoalergênico. Somam-se outros requisitos para a eficiência da bolsa coletora, por exemplo, a segurança, a discricção e o conforto.</p> <p>Podem ser descritas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bolsa fechada – não permite a drenagem do efluente. Por isso, é indicada apenas para colostomia com uma ou duas eliminações por dia. Deve ser descartada após cada eliminação de efluente. - Bolsa drenável – refere-se à bolsa que permite a drenagem do efluente por meio de uma abertura localizada na sua extremidade inferior. <p>Podem ainda variar no aspecto da transparência, translucidez ou opacidade do material com o qual é confeccionada.</p> <p>Apresentam-se com uma ou duas peças. Neste último, a bolsa coletora encontra-se separada da base adesiva. A junção da bolsa coletora à base adesiva ocorre por meio do flange, que se refere ao aro, componente presente na bolsa coletora do dispositivo de duas peças, por meio do qual ocorre a conexão com a placa adesiva pelo sistema de acoplamento de encaixe ou acoplamento autoadesivo.</p> <p>As bolsas se apresentam ainda diferentes tamanhos.</p>
------------	------------------	---

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2015.

Outros produtos adjuvantes de proteção podem ser utilizados e prescritos por profissionais da saúde, dentre eles cita-se: Lenço removedor ou limpador, Lenço barreira protetora, Barreira protetora em pasta, Barreira protetora em spray.

Há ainda aqueles equipamentos adjuvantes de segurança cuja principal função é promover o aumento da segurança do paciente não só durante a utilização de equipamentos coletores, como também no manejo do estoma de forma geral.

4.3. Ferramentas do processo de trabalho

Diversas tecnologias e ferramentas de trabalho podem ser adotadas pelos profissionais para viabilizar ações de cuidado à pessoa com estomia na atenção básica, de média e alta complexidade, a depender do diagnóstico de funcionalidade, da presença de possíveis riscos e vulnerabilidades associados a essa pessoa. Algumas dessas ferramentas encontram-se descritas abaixo, não para limitar a atuação dos profissionais ao seu uso, mas para auxiliar no processo de trabalho.

Algumas dessas ferramentas são a interconsulta, a discussão de casos e as ações de matriciamento, que podem ocorrer entre profissionais de um mesmo nível de atenção à

saúde ou de diferentes níveis, considerando a complexidade do cuidado em questão. Por meio da interconsulta é possível explorar as necessidades de cuidado de cada pessoa ampliando-se os olhares sobre seus problemas e as possibilidades terapêuticas.

A discussão de casos e ações de matriciamento têm a mesma utilidade, somando-se o diferencial de ocorrer sem a presença da pessoa com deficiência no momento de reunião da equipe multiprofissional, que é uma atividade potente para desencadear procedimentos mais abrangentes, partindo de um caso disparador para outros com necessidades semelhantes. Entre os critérios para escolha dos “casos” a serem discutidos estão: a complexidade do risco e vulnerabilidade envolvidos na situação e necessidade de serem analisados sob a ótica de diferentes saberes profissionais.

É possível associar o atendimento compartilhado ou a discussão de caso à uma etapa seguinte, que é a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão da equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007).

O PTS se destina a orientar a condução do caso a partir dos diagnósticos realizados pelos profissionais, considerando as singularidades daquela pessoa com estomia e inclui a definição de procedimentos, metas, a divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe. É fundamental para a sua elaboração o envolvimento de uma equipe multiprofissional, assim como da pessoa sua família e seus cuidadores.

O acompanhamento sistemático do processo de reabilitação da pessoa com estomia deve ser pautado na avaliação das suas capacidades funcionais ao longo do tempo, por exemplo: na participação e no desempenho em atividades sociais cotidianas; na autonomia para mobilidade; na capacidade de autocuidado e de trabalho; na ampliação do uso de recursos pessoais e sociais e na sensação da melhoria da qualidade de vida.

Esse acompanhamento deve ser compartilhado pela equipe de referência das pessoas e a equipe de apoio matricial devendo ser reavaliado periodicamente. A discussão multiprofissional ocorre em torno do profissional que detém um saber especializado sobre o caso clínico. Já na construção do PTS, as propostas são construídas e executadas de forma conjunta com a participação de todos os atores envolvidos no processo, o que amplia a capacidade resolutiva da equipe e do serviço, preservando o vínculo.

Para a implementação do PTS deve ser elaborada uma agenda compartilhada, com divisão de responsabilidades, sendo que um profissional da equipe de referência fica responsável pela condução do caso e acompanhamento das ações, mantendo contato direto

com a pessoa e sua família. Ademais, este profissional é responsável por acionar a equipe de matriciamento em caso de necessidade e acompanha o percurso do usuário por outros pontos da rede, quando necessário (Oliveira, 2008).

Havendo um plano conjunto de cuidado construído de forma multidisciplinar entre os profissionais que acompanham a pessoa com estomia, é possível também considerar a utilização da gestão de caso, como o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, uma pessoa com uma condição de saúde muito complexa e sua família (BRASIL, 2014).

O objetivo da gestão de caso é diminuir a fragmentação do cuidado, defender as necessidades e expectativas de pessoas em situação complexa, aumentar a qualidade do cuidado, facilitar a comunicação com os prestadores de serviços e coordenar o cuidado em toda a rede de Atenção à Saúde. O profissional responsável deve estar a par de todas as recomendações e cuidados para aquela pessoa, buscando reunir e coordenar a equipe para análise da situação, elaboração do plano de cuidado, utilização de recursos disponíveis, acompanhamento e avaliação, periodicidade da discussão do caso, além de fornecer subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e o acompanhamento (BRASIL, 2014).

A visita domiciliar e o atendimento domiciliar também são ferramentas essenciais no processo de trabalho, devendo estes ser realizados em periodicidade e conformidade às suas necessidades para o monitoramento da situação de saúde. Os profissionais devem considerar cada visita ou atendimento domiciliar como uma oportunidade para conhecer a vida real do usuário, detectar dificuldades, riscos, vulnerabilidades e agravos que nem sempre chegam à equipe na unidade de saúde, bem como para orientar mais propriamente o usuário, sua família e cuidadores sobre os cuidados adequados.

Outras ferramentas, são as intervenções comunitárias, fora dos limites da Unidade Básica de Saúde e dos domicílios, no sentido de fortalecer as ações de cuidado às pessoas com estomia no território. É possível estabelecer parcerias com escolas, igrejas, empresas e outras instituições, ou ainda desenvolver atividades coletivas em espaços públicos que estimulem a socialização das pessoas com estomia, no sentido da promoção da saúde e da garantia de direitos.

Ainda, é possível que os profissionais acionem em seus processos de trabalho ferramentas de apoio matricial e suporte à distância, por meio de telefone ou computador, que têm indicação em situações mais simples e discutidas previamente, muitas delas já

disponíveis em diretrizes e protocolos terapêuticos, mas que no ato de cuidado geram dúvidas. Atualmente, os profissionais da Atenção Básica já têm acesso a algumas formas de atendimento a distância mais estruturadas, como o Telessaúde, que permite receber a opinião de especialistas de modo imediato, mediada por recursos como telefone, e-mail ou fóruns de discussão, que favorecem a melhoria e resolubilidade das ações de cuidado, bem como os processos de educação permanente.

É importante também desenvolver ofertas de educação permanente para os profissionais sobre o cuidado à pessoa com estomia, buscando esclarecer sobre as principais abordagens de cuidado e conteúdo para o manejo de condições específicas, assim como permitindo a reflexão para questionar os modos de funcionamento das equipes e produzir mudança da prática profissional, para modos mais acolhedores e resolutivos.

4.4. Acompanhamento nutricional

O cuidado nutricional é um componente fundamental no acompanhamento de indivíduos que terão um estomia, independentemente de ser temporário ou permanente. Quando as necessidades nutricionais não são supridas, o organismo utiliza suas reservas, como o tecido muscular, levando à desnutrição e suas consequências deletérias ao indivíduo.

O primeiro passo no planejamento do cuidado nutricional é a determinação das necessidades nutricionais que variam de uma pessoa para outra, de acordo com seu estado nutricional atual e anterior, idade, sexo, estatura, peso, atividade física, composição corporal e funcional e sua condição clínica.

A calorimetria indireta é o método ideal a ser utilizado, mas não é realidade na maioria das instituições de saúde. Na impossibilidade da aplicação da calorimetria recomenda-se estimar as necessidades energéticas pelo cálculo de quilocalorias por quilo de peso corporal.

Em caso de pacientes eutróficos, com objetivo de manter a condição atual, é recomendado o aporte calórico entre 25-35 kcal/kg/dia, já em pacientes enfermos o recomendado é iniciar com 20 kcal/kg/dia, com ajustes conforme a evolução clínica ou por meio de equações matemáticas preditiva como a equação de Mifflin-St, Harris-Benedict e Ireton Jones (Kreymann et al, 2006). Entretanto, cabe à equipe multiprofissional avaliar a condição de saúde de cada usuário para traçar o plano terapêutico mais adequado. (Wooley, 2007).

Escolhida a via para alimentar o paciente, é necessário decidir qual a melhor maneira de ofertá-la. A abordagem multiprofissional e o envolvimento da pessoa com estomia e cuidadores são essenciais (Brown, Roehl & Betz, 2015; Parrish et al, 2014).

Alguns princípios básicos devem nortear a nutrição por sonda: as necessidades nutricionais devem ser alcançadas, as equipes devem prevenir/minimizar os riscos de infecção através de manuseio cuidadoso dos materiais e da fórmula e a utilização de medicamentos por sonda deverá ser realizada somente com a avaliação e recomendação do profissional capacitado para minimizar os riscos de obstrução e interação fármaco-nutriente (Fessler, 2015; Epp et. al, 2017; Bobo, 2016; Gallagher et. al, 2018).

A nutrição por sonda pode ser administrada:

- Em bolus: uma medida de volume é administrada por seringa (20 ou 60ml). A velocidade não deve ultrapassar 30ml/minuto
- Intermitente: administrada num período de 12 a 16 horas, com intervalos de 2 a 3h de descanso
- Noturna: ofertada durante a noite para permitir maior mobilidade durante o dia. Normalmente usada como nutrição suplementar.
- Contínua: ofertada por gotejamento por até 20h, sem interrupção.

A dieta ofertada deve conter nutrientes para que atinjam as necessidades individuais da pessoa com estomia. As formulações industrializadas para uso enteral prontas possuem como vantagem maior segurança microbiológica, porém, como alternativa existe respaldo de literatura recente que recomenda o uso de alimentos naturais, considerando o desejo dos pacientes e familiares de evitar produtos industrializados.

Em especial na pediatria, a demanda dos pais por alimentos e não formulação enteral vem sendo crescente, havendo trabalhos recentes que demonstram melhora na evolução clínica das crianças, assim como maior diversidade da microbiota intestinal nesta população. Nesse aspecto, se torna de extrema importância saber as condições de higiene da família e cuidadores, uma vez que o risco de contaminação se torna maior (Fessler, 2015; Epp et. al, 2017; Bobo, 2016).

Com relação à qualidade higiênico-sanitária dos alimentos, há que se atentar aos processos de manipulação e preparo. Alguns cuidados devem ser tomados a fim de reduzir os riscos de contaminação: lavar bem as mãos antes e durante a manipulação dos alimentos, evitar tossir e espirrar sobre eles; evitar consumir carnes e ovos crus; higienizar frutas, verduras e legumes em água corrente, e em solução de hipoclorito de sódio (conforme

recomendação do fabricante); manter os alimentos protegidos em embalagens ou recipientes, proteger o alimento ou dieta pronta de insetos, animais domésticos e roedores (BRASIL, 2015; Silva, 1995).

Além disso, o manipulador deve ter cuidados, como: proteger os cabelos com touca; ter as unhas curtas, limpas e sem esmalte; não utilizar anéis ou aliança, pulseiras, colares, fitas, brincos e relógio ao preparar a dieta; higienizar a cozinha, os utensílios e os dispositivos e aplicar solução de cloro (conforme recomendação do fabricante); cozinhar bem os alimentos; evitar o contato entre alimentos crus e cozidos e ferver a água antes de usar (Silva, 1995).

Após o planejamento e implantação da nutrição enteral, todos os pacientes devem ser acompanhados de maneira rotineira e esta avaliação deve garantir ao paciente o acesso ao melhor que a terapia pode lhe oferecer, tendo como resultado a manutenção/recuperação de seu estado nutricional (Brown et. al, 2015).

A recomendação de proteína entre 10-15% do VET da dieta para indivíduos saudáveis segue as Dietary Reference Intakes (DRIs) e a American Dietetic Association (ADA), a ingestão de 0,85-1,1 g/kg/dia possibilita alcançar o balanço nitrogenado positivo para a maioria dos indivíduos saudáveis. Para pacientes enfermos, com estresse metabólico e em condições especiais, as necessidades protéicas podem variar significativamente, variando entre 1,0-2,0 g/kg/dia, dependendo da condição clínica (Kreymann et al, 2002).

Os carboidratos são as principais fontes de energia e a recomendação de carboidratos é de 50 a 60% das quilocalorias estimadas ou no mínimo 130g/dia, não devendo ultrapassar 7g/kg/dia. A recomendação de gorduras é de 20 a 35% das quilocalorias da dieta, não devendo ultrapassar 2,5g/kg/dia e sendo menos de 10% de gordura saturada (Trumbo et.al, 2001).

Recomendações de vitaminas e minerais devem obedecer aos níveis recomendados para indivíduos saudáveis (DRIs) devendo ser monitorados por exames que irão determinar a necessidade de suplementação.

A prescrição de macronutrientes e micronutrientes deve ser individualizada de acordo com a condição clínica, após avaliação de equipe multiprofissional.

Nas estomias de eliminação intestinal, os requerimentos nutricionais variam de acordo com as condições do intestino remanescente. A ingestão de água deve ser em torno de 8 a 10 copos /dia para compensar as perdas hídricas. Com a retomada da funcionalidade do sistema digestório, deve-se estimular pequena ingestão de fibras para reduzir o risco de obstrução da estomia. Deve-se ainda evitar alimentos ricos em açúcar para evitar o retardo

do trânsito intestinal. A ileostomia pode resultar em má absorção de gorduras, sais biliares, vitaminas, especialmente a vitamina B12, água, potássio, magnésio e sódio e requer acompanhamento e suplementação desses nutrientes prescritos por profissional devidamente capacitado.

A introdução de novos alimentos deve ser lenta e gradual para que os alimentos que causem desconforto possam ser identificados e controlados ou evitados.

Para uma dietoterapia, eficaz é recomendado o acompanhamento regular por nutricionista para garantir a adequada composição nutricional oferecida, o melhor funcionamento intestinal, menor ocorrência tanto de constipação quanto de diarreia (Brown et. al, 2015; Parrish, 2014).

4.5. Orientação quanto às atividades sociais

Pessoas submetidos a cirurgia de estomias geralmente têm sua perspectiva de vida alterada pela mudança da sua imagem corporal associada ao uso do dispositivo. Por conseguinte, outras mudanças nos padrões de eliminação, dos hábitos alimentares e de higiene precisam ser adaptadas. Assim, a autoestima pode diminuir levando muitas vezes ao isolamento social (Nascimento et al, 2011).

A adaptação a esta nova condição demanda um processo longo e contínuo, e pode ainda ser influenciado pela doença de base, grau de incapacidade, valores e ao tipo de personalidade individual (Barbutti, Silva & Abreu, 2008).

Portanto, para um atendimento integral e humanizado deve-se considerar (Oliveira, 2015):

- Doença e tratamento: a estomia é uma etapa do tratamento;
- Religiosidade: compreender o papel da religião na vida da pessoa a fim de potencializar o enfrentamento da atual condição respeitar as diferenças crenças;
- Impacto na vida familiar: a doença e a estomia alteram o cotidiano familiar;
- Vínculos familiares e sociais: o contexto em que vive é determinante para enfrentamento das dificuldades;
- Situação socioeconômica: condição que avalia a satisfação ou não das necessidades cotidianas da pessoa com estomia, como alimentação, vestuário e moradia.
- Vivência do luto: período em que pode se apresentar com sentimentos de raiva, culpa, tristeza, mágoa ou resignação.

Portanto, diante da pessoa com estomia em fase de reabilitação, o profissional da saúde deve ser capaz de incluir no seu planejamento assistencial algumas orientações para melhor adaptação social.

a. Práticas Religiosas e Espirituais

Sabe-se que, geralmente as pessoas com crenças possuem convicção naquilo que acreditam. Essas crenças podem tanto ajudar como dificultar no processo de enfrentamento das dificuldades advindas das consequências das doenças (Guerrero & Tobos, 2013).

As crenças religiosas têm auxiliado as pessoas com estomias, sobretudo, dando-lhes força nos momentos de dificuldades vivenciadas. Alguns estudos apontam que a religião pode ser apoio espiritual buscado com maior frequência por elas. Além disso, proporciona sustentação para a esperança e para o enfrentamento de situações adversas e conflitantes (Silva & Shimizu, 2007).

Deve-se considerar ainda, diferenças culturais nessas crenças, como por exemplo entre os muçulmanos onde a prática de se ajoelhar e se curvar durante as preces. Nestes casos, a localização correta da estomia deve garantir área perfeita para adaptação do dispositivo coletor. É importante entender e respeitar a cultura e a necessidade de cada pessoa para prescrever os dispositivos coletores e adjuvantes capazes de auxiliar no seu processo de reabilitação.

b. Lazer e recreação

Quanto às atividades de lazer/recreação também podem ocorrer modificações. Relativamente às atividades de lazer que são consideradas passivas, como por exemplo, cinema, TV, leituras entre outras, não é habitual haver alteração. Contudo, no que se refere a atividades consideradas "ativas", como viajar, realizar algum tipo de esporte, a pessoa com estomia pode vir a ter mudanças (Silva & Shimizu, 2007).

Estas restrições podem estar intimamente vinculadas à prescrição assertiva dos dispositivos, problemas físicos, dificuldades em higienizar a bolsa, vergonha ou medo de intercorrências entre outros (Sonobe, Barichello & Zago, 2002).

Sabe-se que cerca de metade das pessoas com estomia, não retomam suas atividades de lazer ou retomam apenas parcialmente, devido à insegurança, vergonha, ou problemas físicos (Bechara et al, 2005).

É fundamental compreender tais modificações que ocorrem na vida da pessoa com estomia e como ela vivencia todo este processo para prestar um apoio mais efetivo. Com o passar do tempo a tendência é que a própria pessoa desenvolva estratégias de enfrentamento (Silva & Shimizu, 2007).

O uso de cintos elásticos específicos pode proporcionar maior segurança e devem ser utilizados principalmente quando há dificuldade de adaptação da base adesiva ao abdômen na região periestomal e com o uso de base adesiva com convexidade

Alguns esportes de grupo não são recomendados, uma vez que pode ocorrer trauma corporal com outra pessoa (exemplo: futebol, basquete, entre outros), contudo deve ser avaliado em conjunto com a equipe multiprofissional a sua recomendação (Santos & Cesaretti, 2015).

4.6. Acompanhamento psicológico a partir de abordagem biopsicossocial

A estomia pode ser permanente ou temporária e pode gerar medo, depressão, fobia social e generalizada, além de transtornos como de ansiedade, de humor, do pânico entre outros que precisam ser avaliados adequadamente em todas as fases da assistência quer seja na primeira consulta como no acompanhamento (Popek et al., 2010)

As intervenções psicológicas devem focar nas percepções individuais formadas em relação à estomia e à doença de base que levou a essa cirurgia.

Segundo Morais (2015) às mudanças mais observadas nas pessoas com estomia que fazem acompanhamento psicológico pré e/ou pós cirúrgico são a redução da ansiedade, do medo e da tristeza. Notam-se ainda, melhor aceitação, aumento da autoconfiança e da esperança.

É recomendado que as pessoas que serão submetidas à cirurgia para colocação do estoma passem por avaliação e preparo psicológico antes do procedimento para abordar assuntos também relacionados à reinserção social, a vida sexual e a vida laboral. Em casos de cirurgias de emergência, o atendimento psicológico seja feito desde o pós-operatório imediato.

4.7. Saúde sexual e reprodutiva

A sexualidade da pessoa com estomia do ponto de vista psicológico, traz como consequências alterações da imagem corporal. Essas alterações podem gerar estigma, frente aos padrões culturais e sociais impostos, o que pode induzir os demais membros da família a tecer interpretações errôneas sobre o corpo modificado pelo estoma, comprometendo os relacionamentos nesse âmbito e o sexual é um dos mais afetados (Bellato et al, 2007; Delavechia et al., 2010; Salles, Becker & Faria, 2014).

Desta forma, alguns indivíduos com estomia consideram-se pouco atraentes, possuem medo da rejeição e evitam o contato sexual. O próprio parceiro pode acentuar esse afastamento ao evitar contato íntimo por medo de machucar ou por fatores psicológicos mais complexos.

Algumas das alterações físicas que acometem as pessoas com estomia são consideradas implicações que podem ocorrer após a confecção da estomia. Em mulheres, pode ter diminuição e perda da libido e dificuldades no intercurso sexual, principalmente quando há ressecção de reto. Essas causas se relacionam com dor, presença de seios perineais, estenose vaginal, incontinência urinária e dispareunia (Sousa, Oliveira & Ginani, 1997).

Nos homens com estomias, também se pode observar redução ou perda da libido, acrescido da diminuição ou ausência da capacidade de ereção e alterações na ejaculação. Isso ocorre devido à possível lesão dos nervos do sistema autônomo, que se dirigem aos órgãos genitais, principalmente nos tratamentos cirúrgicos do câncer de reto (Sousa, Oliveira & Ginani, 1997).

Ter um estoma não elimina a sexualidade e, assim sendo, o fato do profissional de saúde escutar e auxiliar a pessoa com estomia a expressar seus sentimentos e incertezas, já representam grandes formas de suporte.

Os profissionais de saúde, por meio do aconselhamento sexual, ajudam a pessoa com estomia a lidar com os próprios preconceitos, estigmas e crenças, aprofundam conhecimentos sobre sua condição e auxiliam em treinamentos específicos sobre a sexualidade humana além de, evidentemente, proceder a uma avaliação adequada das demandas da pessoa com estomia e do parceiro.

Em geral, a abordagem do tema sexualidade da pessoa com estomia é motivo de preocupação, tanto por parte dos profissionais que lhe prestam atendimento, como por parte

das pessoas com estomia, uma vez que as questões sexuais são consideradas tabus ou invasão de privacidade por algumas pessoas. É recomendado que esse tema seja abordado antes e após a cirurgia, privilegiando o período pré-operatório.

Desta forma, é importante que os profissionais de saúde criem espaço para que as questões relacionadas à sexualidade sejam abordadas com as pessoas com estomia e seus parceiros, com a mesma relevância que a doença, a capacidade física, ou outra atividade de igual importância. Deve-se considerar a sexualidade do indivíduo como fator extremamente importante, elevando sua moral, autoestima e conseqüentemente promovendo saúde.

As orientações são responsáveis por uma melhor reabilitação e readaptação do sujeito, o processo de ensino-aprendizagem deve ser contínuo e constantemente reavaliado, passível de mudanças e aprimoramentos, sendo um processo evolutivo e coordenado, toda vez que se fizer necessário.

Sendo assim, é necessário justificar e salientar, que o profissional de saúde pode e deve ser um agente de ações educativas em saúde de um modo geral, e em sexualidade especialmente, sem a pretensão de ser educador profissional, porém, sendo orientador de ações norteadoras para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde sexual. Isso irá contribuir para uma vida mais satisfatória e menos depreciativa para o sujeito do cuidado.

4.8. Cuidador e empoderamento familiar

No Brasil, são várias as experiências de serviços de atenção domiciliar (SADs) que foram criados a partir das dificuldades concretas no acesso a serviços de saúde. O domicílio despontou, somado à sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado (BRASIL, 2013)

Assim, sobressaem os cuidadores que são pessoas com ou sem vínculo familiar que no domicílio ajudam nos cuidados às pessoas com estomia, parcialmente ou totalmente dependentes em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2011). A tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios e muitas vezes dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação. Normalmente, essa responsabilidade é transferida como uma ação a mais para a família, que, em seu cotidiano, é obrigada a acumular mais uma função entre as que realiza. A grande maioria dos cuidadores no Brasil são informais e muitas dessas pessoas acabam assumindo este papel de maneira

repentina e sem preparo para exercê-lo, necessitando ser orientados e capacitado (BRASIL, 2015).

Para isso, os cuidadores precisam de equipes de saúde multidisciplinares para orientação, capacitação e qualificação dos cuidados específicos para a pessoa que será cuidada no domicílio, no caso de pessoas com estomias, isso, devem acontecer de forma precoce, ou seja, preferencialmente antes da alta hospitalar e com indicação para desospitalização e continuidade dos cuidados no domicílio, recomendando que seja um processo permanente de relação entre profissionais de saúde, cuidador, usuário e família. (BRASIL, 2015).

O processo do cuidar em Atenção Domiciliar (AD) está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa assistência. A AD não é só uma continuidade do procedimento da atenção hospitalar no amplo aspecto da abrangência da saúde humana. O ser humano se constitui quando tem em si a autonomia e, com isso, possa exercer a liberdade de decidir ou executar (BRASIL, 2013).

Atentos às essas interligações, as equipes de atenção básica ou de atenção domiciliar devem propor o projeto terapêutico singular, compartilhando-o com os demais envolvidos no cuidado, para que as ações possam ser realizadas pelo cuidador, mantendo vínculo de confiança, respeito e ética, com relação pautada na humanização e dignidade. É importante que as orientações também sejam feitas por escrito e registradas em prontuário domiciliar.

Ressalta-se que muitas dessas orientações, capacitações e qualificação dos cuidados podem parecer simples para os profissionais da saúde, mas são complexas para a família que nunca as realizou. Assim, é importante que todos os profissionais envolvidos (tanto no hospital como na atenção domiciliar e básica) também sejam capacitados e treinados de forma que possam orientar os cuidadores, de modo detalhado, sobre a execução dos cuidados necessários em cada caso.

Assim, para a segurança do usuário, é fundamental que se avalie a compreensão da orientação repassada, sendo bastante recomendada a supervisão presencial dos procedimentos pelo profissional de saúde, até que o cuidador demonstre total segurança. Portanto, durante as visitas domiciliares das equipes multiprofissionais de Atenção domiciliar ou da Atenção básica, o cuidador precisa ser alvo de atenção e orientação, tanto para cuidados de sua própria saúde física e mental, como para avaliação de possível sobrecarga pessoal (BRASIL, 2013).

Diante desse cenário, é necessário que as equipes de saúde implementem mecanismos que facilitem os cuidados pelas famílias no domicílio, por meio da escuta ativa, de ações educativas, da criação de espaços coletivos e grupos de apoio, de promoção de oficinas pedagógicas de cuidadores - que são espaços que possibilitam trocas de experiências, onde os cuidadores conversam, aprendem e ensinam e constroem juntos na arte do cuidar, da elaboração de guias e cartilhas para cuidadores (BRASIL, 2013).

Essas ações se constituem como significantes recursos de ajuda ao cuidador, redução do estresse, enfrentamento e adaptação à situação, e podem ser realizadas na própria comunidade, para que se facilite a participação dos cuidadores e uma maior compreensão da realidade local.

O ambiente doméstico, na AD, passa a significar muito mais que um simples espaço físico e geográfico de compartilhamento coletivo. Nele, o acolhimento é a extensão da equipe de saúde em forma de atitude, postura e respeito pela dignidade de todos os atores envolvidos. (FRANKL, 1991).

Versão Consulta Pública

5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM ESTOMIAS

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica (BRASIL, 2010).

O esforço de organizar o SUS na perspectiva da RAS objetiva integrar as políticas, programas federais, e principalmente, a junção dos serviços e equipes de saúde a construir e fortalecer as redes de proteção e manutenção da saúde das pessoas. A estratégia procura superar a fragmentação da gestão e da atenção assegurando ao usuário um conjunto de ações de saúde.

Em 2012, com o objetivo de ampliar a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências no SUS, o Ministério da Saúde, institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), um componente da RAS, estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva; regressiva ou estável; intermitente ou contínua. Na RCPD, ações integradas entre os diferentes níveis de atenção devem ser desenvolvidas a fim de garantir a integralidade do cuidado à pessoa com estomia.

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) tem como diretrizes relacionadas ao seu papel na RAS integra-se como centro de comunicação das necessidades de saúde da população, responsabilizando-se de forma horizontal, contínua e integral junto aos demais pontos de atenção, pela atenção integral à saúde, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde da população e a potência do cuidado multiprofissional.

Um dos importantes pilares para desempenhar esse papel é a coordenação do cuidado, que envolve elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL 2017).

O outro pilar é a ordenação da rede, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações e a programação dos serviços de saúde sejam pautados nessas necessidades (BRASIL, 2017).

Diante disso, ratifica-se que as pessoas com estomia devem ser atendidas e acompanhadas pelos profissionais da AB, recebendo orientações para o autocuidado e prevenção de complicações nas estomias, bem como outros cuidados, e sendo direcionados, se necessário, aos demais pontos de atenção.

Para garantir esse cuidado integral, às Equipes de Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) se somam aos centros de reabilitação, centros de especialidades e as equipes de Atenção Domiciliar, para ampliar a resolutividade.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Programa Melhor em Casa, tem como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É organizado por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), devendo atuar de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar.

A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2017).

No nível de média complexidade (Atenção Especializada), diversas unidades de saúde podem auxiliar no processo de cuidado à pessoa com estomia, tendo destaque para os serviços de reabilitação que prestam assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estomia. Conforme organização e pactuação territorial, esses serviços devem realizar atividades com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações

nas estomias, fornecimento de dispositivos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, além de capacitação de profissionais.

Assim, além dos cuidados à saúde no âmbito da atenção especializada, que visam responder às especificidades clínicas ambulatoriais e hospitalares, é importante ressaltar que os serviços de saúde devem funcionar em rede, estando preparados para acolher e responder às necessidades gerais de saúde das pessoas com estomia, o que inclui desde o acompanhamento primário à saúde (Atenção Básica), até necessidades de urgência e emergência, perpassando pela habilitação/reabilitação, outras especialidades médicas, odontologistas e da saúde mental, sempre que se fizer necessário. Além disso, os cuidados à saúde devem ser articulados com as ações e programas no âmbito da assistência social, da educação, do trabalho, do lazer e da cultura.

As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios em gestão plena e com a assinatura do termo de compromisso de gestão constante nas diretrizes operacionais do pacto pela Saúde de 2006, devem organizar e promover as ações de saúde, estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contra referência para a assistência às pessoas com estomia na atenção básica, média complexidade e alta complexidade (Atenção Hospitalar) inclusive para cirurgia de reversão das estomias temporárias.

Os municípios devem zelar pela adequada utilização das indicações clínicas de dispositivos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas com estomia, efetuar o acompanhamento, controle e avaliação que permitam garantir o adequado desenvolvimento das atividades previstas para a assistência às pessoas com estomia, promover a educação permanente de profissionais na atenção básica, média e alta complexidade.

Por fim, compartilhar cuidados é a corresponsabilização do processo do cuidado entre profissionais, o sujeito sob o cuidado e sua família.

O cuidado deve ser pautado em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, desenvolvendo ações com foco no respeito à individualidade, autonomia e independência, com estímulo à escuta e estabelecimento de vínculo, favorecendo a autoestima e objetivando a busca pela integralidade e a produção de uma melhor qualidade de vida para as pessoas com estomias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estomia é uma interligação de um órgão interno com o meio externo, realizada por meio cirúrgico, a depender da localização tem a finalidade de eliminação, a exemplo da estomia intestinal e urinária. A confecção de um estoma causa impacto na vida da pessoa a partir do momento que vê sua identidade visual afetada/modificada.

As pessoas com estomias não sabem inicialmente no que exatamente isso afetará em sua nova vida, onde passa por um processo de difícil enfrentamento e adaptação nas condições de reabilitação a saúde. Normalmente esses problemas podem ser compreendidos sob as dimensões físico, psicológica, social e espiritual.

A Reabilitação e a Integração social são importantes fatores definidores para se reestabelecer a saúde com um bom prognóstico, sendo trabalhados nas consultas multiprofissionais junto à família e cuidadores que desempenham um importante papel no cuidado à pessoa com estomia sendo responsável desde o momento inicial até a manutenção adequada e cuidados gerais com as estomias.

Espera-se que este Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia, possam nortear o trabalho das equipes multiprofissionais em todas as etapas do cuidado e do processo de reabilitação, nos diferentes pontos de atenção da RAS, contribuindo para a construção e manutenção de sua saúde física, mental e afetiva, desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social.

SAIBA MAIS!

O Ministério da Saúde produziu uma série de publicações que qualificam a atenção em saúde das pessoas com deficiência e orientam os profissionais de saúde dos vários pontos da Rede de Atenção à Saúde. Consideram a especificidade de diferentes tipos de deficiência e podem contribuir para o cuidado à saúde bucal. O acesso pode ser feito pela internet:

- Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf

- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf

- Cuidados à Saúde da Pessoa com Síndrome de Down.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_saude_pessoas_sindorme_down.pdf

- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf

- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf

- Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf

- Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Encefálico.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome de Pós-poliomielite e Comorbidades.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_reabilitacao_sindrome_pos_poliomielite_comorbidades.pdf

- Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

7. REFERÊNCIAS

1. ALLADI A. et al. Pediatric tracheostomy: a 13-year experience. *Pediatric Surgery International*, Berlin 2004; 20:695-8.
2. ANDERSON MA, et. al. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 1060-1070 [PMID: 19889407 DOI: 10.1016/j.gie.2009.09.040]
3. ARDIGO, Fabíola Santos; AMANTE, Lúcia Nazareth. Knowledge of the professional about nursing care of people with ostomies and their families. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1064-1071, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400024>.
4. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes: Diretrizes Brasileiras em Terapia Nutricional (DITEN). São Paulo: Editora Câmara Brasileira do Livro, 2011. V. 9.
5. AVELINO MAG, et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). *Braz J Otorhinolaryngol* 2017; 83(5): 498-506
6. BARBUTTI, R. C. SILVA; SILVA, M. C. P.; ABREU, M. A. L. Ostomia, uma difícil adaptação. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 27-39, dez. 2008.
7. BASKIN WN. Acute complications associated with bedside placement of feeding tubes. *Nutr Clin Pract* 2006; 21: 40-55.
8. BECHARA, RN et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 146-9, Abr-Jun 2005.
9. BELLATO, R et al. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. *Cienc Cuid Saúde*, [S.I.], v. 6, n. 1, p. 40-50, jan./mar. 2007.
10. BLUMENSTEIN I, SHASTRI YM, STEIN J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol* 2014 July 14; 20(26): 8505-8524.
11. Bobo, E. Reemergence of Blenderized Tube Feedings: Exploring the Evidence. *Nutr Clin Pract*. 2016; 31:730-735
12. BRASIL, Lei Nº 13.146 de 6 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Brasília, 2015
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35)
14. BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 400, de 16 de Novembro de 2009, Normatiza o atendimento à Pessoa Ostomizada no SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2009.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº. 63 de 06 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília, DF.
18. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Portaria nº 272 de 08 de abril de 1998. Aprovar o Regulamento Técnico para Fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Brasília, DF.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília :Ministério da Saúde, 2015.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 02 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017).
22. BROWN, B. , ROEHL, K. & BETZ, M. Enteral Nutrition Formula Selection: Current Evidence and Implications for Practice. *Nutr Clin Pract.* 2015;30:72-85
23. CAMARGO, J. J.; FILHO, D. R. P. Tópicos de atualização em cirurgia torácica, 2011.
24. CESARETTI, I.U.R. et. al. Cuidando de pessoas nos períodos pré, trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de estomia IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia, São Paulo, 2015.
25. CESARETTI, I.U.R. et. al. Cuidando de pessoas nos períodos pré, trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de estomia IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia, São Paulo, 2015.
26. CLINE JM, et al. Surveillance Tracheal Aspirate Cultures Do Not Reliably Predict Bacteria Cultured at the Time of an Acute Respiratory Infection in Children With Tracheostomy Tubes. *Chest.* 2012; 141(3): 625–631.
27. COMBES, A., et al. Morbidity, mortality, and quality-of-life outcomes of patients requiring ≥ 14 days of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 2003, 31(5), 1373–1381.
28. CORBETT, H.J. et al. Tracheostomy – a 10 year experience from a UK pediatric surgical center. *Journal of Pediatric Surgery*, Nova York, v. 42, n. 7, p.1251-4, 2007.
29. CUNNINGHAM S, BEST C. Guidelines for routine gastrostomy tube replacement in children. *Nursing Children and Young People.* 2013; Disponível em <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ncyp2013.12.25.10.22.e331>
30. D’AVILA CLP et. al. Gastrostomia endoscópica percutânea: análise de 31 pacientes do Hospital Governador Celso Ramos. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 37, nº. 4, de 2008.
31. DE LEYN, P. et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines. *European journal of cardio-thoracic surgery*, Berlin, 2007;32(3):412-21.
32. DELAVECHIA, Regiane Porsch et al. A percepção de si como ser-estomizado: um estudo fenomenológico. *Rev Enferm UERJ*, v. 18, n. 2, p. 223-228, 2010.
33. DELEGGE M, DUCKWORTH P, MCHENRY L, FOX-ORENSTEIN A, CRAIG R, KIRBY D. Percutaneous endoscopic gastrojejunostomy: a dual center safety and efficacy trial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1995;19:239 –243.D
34. DEUTSCH, E.S. Tracheostomy: pediatric considerations. *Respiratory care*, Filadélfia, v. 55, n. 8, p. 1082-90, 2010.
35. DOEDE T, FAISS S, SCHIER F. Jejunal feeding tubes via gastrostomy in children. *Endoscopy* 2002;34:539 –542.
36. DWYER KM, WATTS DD, THURBER JS, BENOIT RS, FAKHRY SM. Percutaneous endoscopic gastrostomy: the preferred method of elective feeding tube placement in trauma patients. *J Trauma.* 2002; 52 (1): 26-32
37. EPP, L. et al. Use of Blenderized Tube Feeding in Adult and Pediatric Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract.* 2017;32:201-205
38. FERNANDEZ-BUSSY, et al. Tracheostomy Tube Placement: Early and Late Complications. [J Bronchology Interv Pulmonol.](#) 2015 Oct;22(4):357-64.
39. FESSLER, T.A. Blenderized Foods for Home Tube Feeding: Learn About the Benefits, Risks, and Strategies for Success. *Today's Dietitian* 2015;17(1):30
40. FOREST-LALANDE L. Gastrostomias para nutrição enteral. Campinas: Editora Lince; 2011.

41. FRANKEN J, et. al. Efficacy and adverse events of laparoscopic gastrostomy placement in children: results of a large cohort study Surg Endosc. 2014 Oct 8.
42. FRANKL, V. E. Em busca do sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Editora Vozes, 1991. KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861- 866, jun. 2003.
43. GALLAGHER, K. et al. Blenderized Enteral Nutrition Diet Study: Feasibility, Clinical, and Microbiome Outcomes of Providing Blenderized Feeds Through a Gastric Tube in a Medically Complex Pediatric Population. JPEN 2018;00:1-15 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jpen.1049>
44. GAMA, A.H; ARAÚJOS E.A. Estomias intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VLGG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2001.p.39-54.
45. GOLDSMITH T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and traqueostomy. In: Anaesthesiol Clin. 2000; 38 (3):219-42.
46. GUERRERO GAMBOA, N. S.; TOBOS DE ALVAREZ, L. S. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. Avances en Enfermería, Bogotá, v. 31, n. 1, p. 59-71, June 2013.
47. HESS DR. [Tracheostomy tubes and related appliances](#). Respir Care. 2005;50(4):497-510.
48. HUANG K, et. al. Post-esophagectomy tube feeding: a retrospective comparison of jejunostomy and a novel gastrostomy feeding approach. PLoS One. 2014 Mar 21;9(3):e89190.
49. INTERNATIONAL OSTOMY ASSOCIATION. Charter of ostomates rights. Ottawa: IOA CoordinationCommittee; 2007
50. ISHIDA R.K, HONDO P.F.U, ISHIOKA S. Gastrostomia endoscópica. In: Silva MG. Enfermagem em endoscopia digestiva e respiratória. São Paulo: Atheneu; 2010.
51. ITKIN M, et. al. Multidisciplinary Practical Guidelines for Gastrointestinal Access for Enteral Nutrition and Decompression From the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, With Endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). GASTROENTEROLOGY 2011;141:742–765.
52. KREYMANN K, BERGER MN, DEUTS N, HIESMAYRA M, JOLLIET P, KAZANDJIEV G. Guideline for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. Section VI: Normal requirements – adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2002;26 (Suppl 1):22SA-24SA.
53. KREYMANN KG, BERGER MM, DEUTZ NE, HIESMAYR M, JOLLIET P, KAZANDJIEV G, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: intensive care. Clin Nutr 2006;25: 210-23.
54. LAGE, E.M.I.; PAULA, M.A.B.; CESARETTI, I.U.R. Equipamentos coletores e adjuvantes usados no cuidado das estomias, IN: PAULA,M.A.B; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2014.
55. LIN H, IBRAHIM H, KHENG J, FEE W, TERRIS D. Percutaneous endoscopic gastrostomy: strategies for prevention and management of complications. Laryngoscope 2001;111:1847–1852.
56. MACIEL, L.C. Estomias urinárias In: PAULA,M.A.B; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2014.
57. MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. 11º Edição. São Paulo, Editora Roca, 2005. 1242p.
58. MEIREILES, C.A.; FERRAZ, C.A. Estudo Teórico da Demarcação do Estoma Intestinal. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, V. 54, n 3, p. 500-510, jul./set 2001.
59. MENDONÇA, R.S; VALADÃO, M; CAMARGO, T.C. A importância da consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. Revista Brasileira de cancerologia. Rio de Janeiro, p.431-435,2007.
60. MILWARD,G.,MORGADO, M.F. Centro Endoscópico - Equipamentos - Pessoal. In: SILVA,M.G.D., MILWARD,G.. Endoscopia Pediátrica. Rio de Janeiro, RJ:Guanabara Koogan, 2004.Cap.21, p. 235-247.
61. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES-MG, 2015. 136 p
62. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, 2007

63. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011.
64. MITCHELL RB, et al. Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 148 (1): 6-20.
65. MORAES, et al. A atenção à saúde do estomizado no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Estima.* 2013; 11 (2): 12-20.
66. MORAIS, D. N. L. R. Mulher com ostomia, você é capaz de manter o encanto. Goiânia: Kelps, (2015).
67. MOTA, M.S; GOMES, G.C; PETUCO V.M. Repercussões no processo de viver da pessoa com estoma. *Texto Contexto Enferm,* 2016; 25(1):e1260014
68. NASCIMENTO, C. M. S. et. al . Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 557-564, Sept. 2011.*
69. NORMAN, V; LOUW, B; KRITZINGER, A. Incidence and description of dysphagia in infants and toddlers with tracheostomies: A retrospective review. *International Journal of pediatrics Otorhinolaryngology,* 2007; 71(7) 1087-1092
70. O'CONNOR HH; WHITE AC. Tracheostomy decannulation. *Respiratory Care,* v. 55, n. 8, p. 1076-81, Aug 2010
71. OLIVEIRA EM, COSTA CPM, MARRONE FMC. Assistência de Enfermagem nas Gastrostomias. IN: MATSUBARA MG, VILLELA DL, HASHIMOTO SY, REIS HCS, SOCONATO RA, DENARDI UA, BANDEIRA RC, BOZZA VCC. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. 1 edição. São Paulo: Lemar; 2012.
72. OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G. W. S. (Org). Manual de Práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada. 1ª ed. São Paulo: Aderaldo e Rothschild (Hucitec), v.1, p.283-297, 2008.
73. OLIVEIRA, G. N. Projeto Terapêutico Singular. In: Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada Organização: Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero. Editora Hucitec, 2008, 411 p 282.
74. OLIVEIRA, I. C. Inserção social de pessoas com estomia: atuação do assistente social. In: SANTOS, V. L.C. G.; CESARETTI, I. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu, 2015.
75. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD, 2012.
76. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2003.
77. PARRISH, C.P. et al. Blenderized Tube Feeding: Suggested Guidelines to Clinicians. *NUTRITION ISSUES IN GASTROENTEROLOGY, SERIES #136, Dec 2014*
78. PAULA, M.A.B; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2014.
79. PERISSÉ, V.L.C. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. 2007, Dissertação Niteroi: Universidade Federal Fluminense; 2007
80. PICININ IFM, et al. A multidisciplinary team based model of assistance for children with tracheostomy. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26 9 (Supl 6): S19-S16
81. Popek, S. et al. Overcoming challenges: life with na ostomy. *The American Journal of Surgery* 2010; 200, 640-645
82. RODRIGUES, P. Estomias urinárias: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C.G.; CESARETTI, I. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu, 2015.
83. ROCHA, JJR. Estomias intestinais - (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2011;44(1): 51-6
84. SALLES, V. J. A.; BECKER, C.P. P.; FARIA, G. M. R. The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. *J Coloproctol., v. 34, n. 2, p. 73-75, 2014.*

85. SANTOS JS et al. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011;44(1):39-50. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf
86. SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomias. São Paulo: Atheneu, 2015.
87. SANTOS, V. L.C.G. Aspectos epidemiológicos dos estomas. *Revista Estima - Associação Brasileira de Estomaterapia*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31-38, 2007;
88. SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2015. Registered Nurses' Association of Ontario. Ostomy care and management. Toronto; 2009.
89. SCHMIDT, F.M.Q.; HANATE, C. Complicações precoces e tardias nas Estomias urinárias e pele periestomia IN: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia, São Paulo, 2015.
90. SCHRAG, S.P. et al. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes – A comprehensive clinical review. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2007 dec; 16(4): 407- 18
91. [SHERMAN](#) et al. Care of the child with a chronic tracheostomy. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000 Jan;161(1):297-308.
92. SILVA, Natália Michelato et al . Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 25, e2950, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100608&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2019. Epub Dec 11, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950>.
93. SILVA et. al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. *Rev Rene*. 2014 jan-fev; 15(1):166-73
94. SILVA JR. E.A. Manual de Controle Higiênico-Sanitário em alimentos. 2.ed. São Paulo: Livraria Varela, 1995. 385 p.
95. SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 60, n. 3, p. 307-311, June 2007.
96. SIMONS S, REMINGTON R. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Nurse's Guide to PEG Tubes. *Medsurg Nursing*. 2013;22(2):77-83. Disponível em: <http://www.medsurgnursing.net/archives/13mar/77.pdf>
97. SMELTZER, S.C, et. al, editores. Brunner & Suddarth- Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica, 12a edição, Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2011.
98. SONOBE, H.M. et al. Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 34, n.2, p.159-169, nov. 2016.
99. SONOBE, HM; BARICHELLO E; ZAGO, MM. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 341-8, Jul-Set 2002
100. SOUSA, J.; OLIVEIRA, P.; GINANI, F. F. Implicações sexuais na cirurgia do estoma intestinal. In: CREMA, E.; SILVA, R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Printi, 1997. cap. 12, p. 177-191.
101. TOH YOON EW, et. al. Percutaneous endoscopic transgastric jejunostomy (PEG-J): a retrospective analysis on its utility in maintaining enteral nutrition after unsuccessful gastric feeding. *BMJ open Gastroenterol*. 2016;3(1):e000098. Erratum in: *BMJ Open Gastroenterol*. 2016.
102. TRUMBO P, YATES AA, SCHLICKER S, POOS M. Dietary reference intakes: vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. *J Am Diet Assoc*. 2001; 101(3):294-301.
103. VIANNA, A.; PALAZZO R.F.; ARAGON C. Traqueostomia: uma revisão atualizada. *Pulmão RJ* 2011;20(3):39-42
104. WADDELL, A. et al. The Great Ormond Street protocol for ward decannulation of children with tracheostomy: increasing safety and decreasing cost. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Amsterdam, v. 39, n. 2, p. 111-118, mar.1997.
105. WETMORE RF. Tracheotomy. IN: Bluestonecd, Stool Se, Alpes Cm, Arjmand Em, Casselbrant MI, Dohar Je, et al., editors. *Pediatric otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 1583-98.

106. WINKLMAIER U et al. The accuracy of the modified Evans blue dye test in detecting aspiration in head and neck cancer patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2007; 264(9):1059-64.
107. WOOLEY J, FRANKENFELD D. Energy. In: *The ASPEN Nutrition Support Core Curriculum. a case-based approach—the adult patient*; 2007. p. 19-32.
108. WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). *Pediatric ostomy care: best practice for clinicians.* Mount Laurel: WOCN, 2011. 89p.
109. ZABAN ALRS, NOVAES MRCG. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no distrito federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. *Comun. Ciências Saúde* 2009; 20(2):143-150.

Versão Consulta Pública