



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Leida Freire de Oliveira Silva

**PROTOCOLO DE CUIDADOS EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA
PERCUTÂNEA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

SALVADOR

2019

Leida Freire de Oliveira Silva

**PROTOCOLO DE CUIDADOS EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA
PERCUTÂNEA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de tecnologia em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Luiza Vilasbôas

SALVADOR

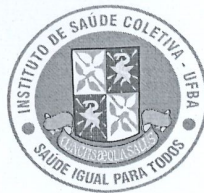
2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Freire de Oliveira Silva, Leida
Protocolo de Cuidados em Gastrostomia Endoscópica
Percutânea: Uma Abordagem Multiprofissional / Leida
Freire de Oliveira Silva. -- Salvador, 2019.
106 f.

Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.
Dissertação (Mestrado - Mestrado profissional em
Saúde Coletiva) -- Universidade Federal da Bahia,
Instituto de Saúde Coletiva, 2019.

1. Cuidados em Gastrostomia Endoscópica Percutânea.
I. Queiroz Vilasbôas, Ana Luiza. II. Título.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

Leida Freire de Oliveira Silva

**PROTOCOLO DE CUIDADOS EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPIA PERCUTÂNEA:
UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 25 de julho de 2019

Banca Examinadora:

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Valdenir Almeida da Silva

Prof. Valdenir Almeida da Silva – HUPES/UFBA

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Prof. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA

Salvador
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me conceder a oportunidade de realizar este estudo, o qual desejo que auxilie profissionais de saúde e, principalmente, pacientes e cuidadores em seus domicílios a reduzirem suas dúvidas e, quem sabe, os riscos aos quais estão expostos após um procedimento levemente invasivo como a Gastrostomia Percutânea Endoscópica.

À **minha família** que acompanha diariamente meu esforço, apoiando e fornecendo o suporte necessário para alcançar mais um objetivo.

Ao **meu esposo Lázaro**, por estar sempre ao meu lado, apoiando-me e com sua paciência, após esses momentos de desafios que exigiram muita coragem e perseverança de sua parte.

À minha **professora orientadora** deste projeto, **Ana Luiza Vilasbôas**, por me incentivar a iniciar essa jornada, por conduzir meu caminho com sabedoria e muita paciência.

Ao **amigo enfermeiro, Dr. Valdenir** por seu apoio, incentivo e auxílio na elaboração do projeto para a seleção, que foi muito importante para mim e serei eternamente grata.

Agradeço muito aos meus **colegas de trabalho** do Hospital Universitário, especialmente **aos profissionais do Serviço de Endoscopia e da Coordenação de Enfermagem**, que compartilharam comigo nestes quase dois anos de muitos desafios (profissionais, acadêmicos, pessoais) e que sempre me surpreendem com palavras de apoio, força e carinho, sei que nunca poderei agradecer à altura!

Ao **amigo e as amigas da turma do mestrado**, em especial **Lívia, Marta, Fabia, Anarilda e Deniz**, com os quais tive o privilégio de conviver, por todos os momentos fraternalmente compartilhados durante a construção dos nossos sonhos.

Agradeço aos **cuidadores de pacientes** que me incentivaram a prosseguir neste estudo com seus relatos das dificuldades em lidar com os pacientes que usam uma gastrostomia, ajudando-me na compreensão da importância que essa construção pode ter na vida dessas famílias futuramente.

Por fim, agradeço ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde**, por oportunizar que os profissionais atuantes nas instituições públicas de saúde, desenvolvam estudos voltados às problemáticas vivenciadas nos ambientes de trabalho destes - acredito que a teoria só tem sentido quando se transforma em realidade para àqueles que cuidamos ou nos processos de trabalho na saúde.

A todos meu muito obrigada!

SILVA, L. F. O. **Protocolo de cuidados em Gastrostomia Endoscópica Percutânea: uma abordagem multiprofissional**. Salvador, 2019. 107f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, 2019.

RESUMO: Introdução A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é um método cirúrgico seguro para o fornecimento de alimentação enteral para pacientes com dificuldade na deglutição. O aumento do número de pessoas com ostomias tem trazido a necessidade de oferecer uma atenção integral a esses usuários e a seus familiares. **Objetivo:** Elaborar um protocolo de cuidados multiprofissionais para atendimento de pacientes que necessitam de Gastrostomia Endoscópica Percutânea no Hospital Universitário Professor Edgard Santos. **Metodologia:** trata-se de um projeto de intervenção com o desenvolvimento de um protocolo de cuidados multiprofissionais em GEP no serviço de endoscopia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). **Resultados:** Para atingir esse objetivo foram desenvolvidos os seguintes passos metodológicos: O primeiro correspondeu à elaboração de uma versão preliminar do protocolo de cuidados multiprofissional e de um folder com orientações para domicílio, baseados em revisão de literatura com o objetivo de conhecer os cuidados e recomendações acerca do cuidado com a gastrostomia, segundo equipe multiprofissional com vistas à identificação de evidências científicas de boas práticas e as informações para cuidados em domicílio; O segundo passo consistiu na elaboração de uma estratégia de validação do protocolo a ser submetida posteriormente aos profissionais de saúde envolvidos com os cuidados ao paciente gastrostomizado do HUPES, para futura implementação no serviço: Espera-se que o protocolo elaborado possa contribuir para a melhoria da qualidade técnica do cuidado prestado ao usuário e seu acompanhante nos períodos pré, intra e pós-procedimento.

Palavras-chave: Gastrostomia. Protocolos. Cuidado Multiprofissional.

ABSTRACT Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a safe surgical method for supplying enteral nutrition for patients with difficulty swallowing. The increase in the number of people with ostomies has brought the need to offer integral attention to these users and their relatives. In order to provide guidance to patients and / or caregivers and systematize the actions of professionals, this study is about an intervention project with the development of a protocol of multi-professional care protocol for patients who will undergo to PEG in the endoscopy department of the University Hospital Professor Edgard Santos (HUPES). In order to achieve this goal the following methodological steps were developed: The first one was the elaboration of a preliminary version of the multi-professional care protocol and a folder with home orientation, based on a review of the literature in order to know the care and recommendations about of gastrostomy, care according to multi-professional team intending to identify scientific evidences of good practices and information for home care; The second step consisted in the elaboration of a protocol validation strategy to be submitted later to the health professionals involved with HUPES gastrostomized patient care, for future implementation in the service. It is hoped that the elaborated protocol may contribute to the improvement of the technical quality of the care provided to the user and his companion in the pre, intra and post-procedure periods.

Keywords: Gastrostomy. Protocols. Multi-professional Care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivo	11
2 ELEMENTOS CONCEITUAIS	12
2.1 Atenção à saúde da pessoa estomizada	12
2.2 Gastrostomia Percutânea Endoscópica	13
2.3 Cuidado multiprofissional ao paciente submetido a GEP	18
2.4 Protocolos em serviços de saúde	20
3 METODOLOGIA	22
3.1 Elaboração da versão preliminar do protocolo de cuidados multiprofissionais para os portadores de GEP	22
3.2 Estratégia de validação do protocolo junto à equipe do HUPES	32
3.3 Aspectos éticos	32
4 RESULTADOS	33
4.1 Versão preliminar do protocolo	33
4.2 Folder com orientações para cuidados em domicílio	65
4.3 Estratégia de validação do protocolo	66
4.3.1 Instrumento de validação – Questionário: Especialista Equipe Multiprofissional	66
4.3.2 Descrição dos cuidados no protocolo	71
4.4 Carta convite aos especialistas e TCLE	84
5 DISCUSSÃO	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	100
APÊNDICE A – Versão preliminar do protocolo (ilustração da capa)	101
APÊNDICE B – Folder com orientações para cuidados em domicílio	102
APÊNDICE C – Carta convite aos especialistas	103
ANEXOS	105
ANEXO A – Declaração de Anuência e Compromisso	106

APRESENTAÇÃO

Durante o meu exercício profissional no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia, percebi a importância e a valorização de todos os profissionais envolvidos no processo de assistência, ensino e pesquisa. Porém, inquieto-me ao perceber uma descontinuidade das informações transmitidas aos pacientes e seus acompanhantes no momento em que chegam para a realização da GEP e também no momento da alta hospitalar. Meu interesse em sistematizar o cuidado a esses usuários decorreu também da percepção das dificuldades encontradas pelos familiares e/ou responsáveis, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, com relação aos cuidados com o estoma do trato digestório.

Também pude observar que o processo de alta hospitalar de pacientes em uso de sonda de gastrostomia, em algumas unidades, ocorre de forma fragmentada e não padronizada, com informações imprecisas durante o cuidado ao paciente ou conforme seu questionamento ou de algum familiar. Apenas no momento da alta são passadas informações verbais acerca da dieta, troca de curativo, manipulação da sonda, orientações sobre os medicamentos a serem usados no domicílio e retorno ao ambulatório quando for necessário. Entretanto, tais orientações são apenas verbais, não disponibilizando nenhum material de orientação específica para o cuidado com o paciente pós gastrostomia para consulta em domicílio em caso de dúvidas.

Considerando a especificidade das atividades realizadas, a evolução constante dos procedimentos endoscópicos e a ampliação do Serviço de Endoscopia do hospital em que atuo, percebi a necessidade de repensar e reorganizar a assistência prestada pelos profissionais da saúde. Procurando atender de forma acolhedora, segura e humanizada aos que procuram o serviço de saúde, levando em consideração suas necessidades e de seus acompanhantes ao chegarem não só para a realização do procedimento de gastrostomia endoscópica percutânea, mas também durante seu internamento e no momento da alta hospitalar.

Na busca de melhorar a qualidade da assistência surgiu a proposta de construir um protocolo de cuidados para servir de referência para a equipe multiprofissional na sua atuação conjunta com o Serviço de Endoscopia do HUPES.

Assim, este trabalho trata do desenvolvimento de um protocolo de cuidados multiprofissionais a pacientes submetidos à gastrostomia percutânea endoscópica para os trabalhadores do serviço de endoscopia, ambulatório e unidades de internação do HUPES, com base em documentos normativos e evidências científicas com o propósito de contribuir para o

aumento da segurança e o aprimoramento da qualidade técnico-científica do cuidado prestado por esses profissionais no âmbito do HUPES. Adicionalmente, elaborei um guia de informações no formato folder sobre os cuidados pós GEP para o paciente, a ser entregue no momento da alta hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A atuação em uma Unidade de Endoscopia Digestiva possibilita a convivência constante com pessoas que apresentam alterações orgânicas que necessitam de procedimentos para a manutenção das suas funções vitais, como alimentar-se, por exemplo. Diante desta realidade é que se constrói esse estudo, na tentativa de balizar com conceitos teóricos as ações e desafios que são vivenciados pelos pacientes estomizados, seus familiares e membros da equipe de saúde na perspectiva de colaborar nas ações de cuidados antes, durante e pós gastrostomia.

A condição de saúde da pessoa que vive com uma estomia caracteriza-se como uma situação crônica ao longo de sua vida. É necessário que a pessoa adquira um conjunto de aprendizagens e estratégias que lhe permita desenvolver competências para o autocuidado e para a convivência social, de forma a aprender a viver e a gerir seu processo saúde-doença (SANTOS, 2012).

O conceito de condição crônica pode ser entendido como experiência de vida que envolve permanência e mudança de um padrão de normalidade, muitas vezes causados por patologias que acarretam perdas e disfunções orgânicas, além de constantes mudanças na rotina das pessoas. Expressa ainda o estresse causado devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adequação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida (FREITAS; MENDES, 2007).

O paciente estomizado é aquele indivíduo que possui uma estomia. A palavra “estomia” de origem grega, exprime a ideia de “boca” ou “abertura”. No campo da saúde é utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo em situações diversas, recebendo denominações específicas, de acordo com o segmento a ser exteriorizado (SANTOS; CESARETTI, 2015).

O conceito de estoma foi ampliado para todas as situações em que é criada, artificialmente, uma ligação para o exterior do corpo que pode ser de caráter permanente ou provisório, em situações clínicas diversas. Assim sendo, as estomias podem ser denominadas: traqueostomia – estoma das vias respiratórias; gastrostomias - da via gástrica ou do estômago; colostomias e ileostomias - das vias intestinais e; urostomias - da via urinária (FERNANDES, 2001).

Sabe-se que os acessos enterais podem ser obtidos pela introdução de uma sonda via nasal ou oral, ou ainda, pela gastrostomia ou jejunostomia. A sonda por via nasal ou oral tem o objetivo de fornecer nutrientes por um curto prazo de tempo, em torno de quatro a seis semanas.

A via nasal representa o acesso mais utilizado para a nutrição enteral (CERVO et al., 2014). O tubo ou sonda nasoentérica (SNE), utilizado como acesso para alimentação, é alcançado pela via nasal e inserido até o estômago, duodeno ou jejuno. Estes são utilizados por curto prazo, porque nesse período têm baixas taxas de complicações, são relativamente baratos e fáceis de substituir, sendo muitas vezes utilizados como um acesso provisório (BANKHEAD, 2009). Porém, verifica-se intercorrências frequentes, como retirada ou deslocamento acidental da sonda e obstrução da sonda pela alimentação ou medicações, exigindo repetidas intervenções da equipe de saúde.

Entretanto, a cateterização gástrica por via percutânea ou cirúrgica, a gastrostomia, é indicada quando há a necessidade de fornecer nutrientes por um período maior do que seis semanas (NAVES; THONCHIN; MELLEIRO, 2014; SANTOS, 2011; MARTINI; GELBCKE; REIBNITZ, 2013).

Na literatura são descritas, atualmente, três técnicas de gastrostomia: gastrostomia percutânea por fluoroscopia, gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) e gastrostomia cirúrgica (ANSELMO et al., 2013). Neste estudo, tomaremos como objeto os cuidados prestados ao paciente que será submetido à gastrostomia endoscópica percutânea (GEP), uma das estomias do trato digestório, procedimento indicado para pacientes com incapacidade prolongada ou permanente de deglutir.

Atualmente, entre as várias opções de técnicas de realização de GEP existentes, a técnica de tração (*Pull Technique*), descrita por Gauderer, juntamente com Ponsky e Izanti em seu estudo em 1980, é a mais utilizada no mundo (GAUDERER, 2002). Isto se deve à sua simplicidade, facilidade de execução, bons resultados e disponibilidade de material adequado.

Sua principal indicação refere-se ao atendimento ao paciente com alterações no mecanismo de deglutição, para garantia do aporte nutricional de longo prazo em pacientes cuja via de alimentação oral mostra-se insuficiente ou não acessível para a manutenção das necessidades diárias do paciente, devido a tumores nas vias alimentares, nas disfunções causadas por sequelas neurológicas, ou mesmo, em pacientes que por doenças crônicas apresentam disfagia e necessitam de suplementação alimentar (síndrome do intestino curto, doença de crohn, síndromes de má absorção) e ainda nas condições de catabolismo agudo, como em grandes queimados, por exemplo (MANSUR et al., 2010).

O uso prolongado de sonda nasoentérica (SNE) propicia irritação laríngea, necrose nasal, sinusite, além do aumento do refluxo de secreção gástrica. Outras desvantagens da SNE são a facilidade de obstrução, a facilidade de remoção acidental e o efeito estético e social. Todas essas possibilidades de complicação justificam e indicam a substituição da SNE pela GEP

(NETO et al., 2010).

Estudos demonstraram taxas de sucesso de mais de 95% para a GEP, com tempo de procedimento de 15-30 minutos, excelente tolerância pelos pacientes, baixa morbidade (6-16%) e mortalidade muito baixa relacionada ao procedimento (0-1%) (NETO et al., 2010).

O objetivo da gastrostomia não é somente melhorar a sobrevivência do paciente e o estado nutricional, mas também melhorar sua qualidade de vida e facilitar os cuidados por parte da família e dos cuidadores. No entanto, para que se alcance esse objetivo, os profissionais devem estabelecer como meta do cuidado a reabilitação precoce e plena. As condutas da equipe multiprofissional, visando à reabilitação do paciente com GEP, devem ser iniciadas desde o pré-operatório, no momento em que é definida a possibilidade de se criar o estoma, ter continuidade durante o ato cirúrgico e no pós-operatório (TUON; CERETTA, 2017).

Apesar de ser considerado um procedimento seguro e eficaz quando apropriadamente indicado e executado, uma série de possíveis complicações, de maior ou menor gravidade, podem ocorrer durante ou após a realização da GEP. Minicucci (2005) destaca em seu estudo que as complicações relacionadas à GEP podem ser divididas em menores e maiores, além das relacionadas à sonda ou não.

Segundo o autor, as complicações menores ocorrem em 7% a 10% dos casos e estão relacionadas com: infecção local da pele, a mais comum; obstrução da sonda; remoção acidental da sonda e; dor abdominal secundária, principalmente peritonite química. As complicações maiores são raras, ocorrendo em 1% a 2% dos casos, entre elas destacam-se: óbito; fascíte necrosante; pneumonia aspirativa; sangramento grave; peritonite; fístula gástrica; perfuração e; disseminação tumoral. O índice de mortalidade é de 0,3% a 1,0% e está normalmente associado com a idade dos pacientes e suas comorbidades preexistentes.

As complicações relacionadas à sonda são: migração, obstrução da mesma, fístula, disseminação tumoral, íleo paralítico e peritonismo. Aquelas não relacionadas à sonda incluem infecções locais e refluxo gastroesofágico. As que ocorrem durante o procedimento são a perfuração de esôfago, hipoventilação decorrente da sedação e pneumonia aspirativa (MINICUCCI, 2005).

Embora, na maioria das vezes a confecção das estomias busque salvar vidas, estas comportam inúmeras e variadas adaptações que impõem outros problemas e dificuldades adicionais à pessoa estomizada. Tais dificuldades dizem respeito à aceitação das mudanças da imagem corporal, do estilo de vida e do relacionamento social, podendo gerar transtornos psicológicos e sociais (TOSATO; ZIMMERMANN, 2006).

Quanto à imagem corporal, todas as ações de ajuda às pessoas em condições crônicas de saúde envolvem o enfrentamento do problema de maneira individual, com efetiva adaptação psicossocial, gerando suporte para encontrar caminhos favoráveis para lidar com essas novas experiências de vida de forma saudável (FREITAS; MENDES, 2007).

A adaptação e aceitação da nova condição da pessoa com estomia, em geral, é um processo complexo que necessita de uma atuação multiprofissional, objetivando à recuperação do seu melhor potencial físico, psicológico e social, no sentido de promover a adaptação a essa nova condição (FREITAS; DINIS, 2002).

Após a estomia, os indivíduos vivenciam a experiência de se aceitar como um ser diferente, o que lhes impõe um ajuste de sua autoimagem, bem como o enfrentamento de novas situações que precisam ser abordadas pelos profissionais de saúde para que o paciente possa realizar o autocuidado (FREIRE et al., 2017).

Na assistência ao paciente gastrostomizado, além dos cuidados específicos, também se faz necessário estabelecer estratégias educativas continuadas para satisfazer suas necessidades específicas. Também é importante a inclusão de seus familiares e acompanhantes, objetivando tanto a reabilitação quanto a promoção de uma melhoria na qualidade de vida (BARBUTTI; SILVA; ABREU, 2008).

O avanço tecnológico e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas contribuíram significativamente para o diagnóstico precoce de doenças em órgãos ocultos que necessitam serem exteriorizados para desempenhar suas funções, melhorando a qualidade de vida e o processo de reabilitação (CESARETTI, 1996).

Padronizar ações para atender grupos específicos, em situações críticas de saúde, requer o diálogo dos saberes das diversas disciplinas na tentativa de garantir ao cliente uma assistência integral e humanizada em todas as dimensões (SENA-CHOMPRÉ; EGRY, 1998).

Dentre as diversas formas de padronização tem-se o protocolo de condutas em saúde, documento que combina o instrumental da clínica, da epidemiologia e da gerência do cuidado à cada profissão responsável pela assistência ao paciente. O “protocolo” é a representação escrita do que está sendo desenvolvido, baseado em estudos e pesquisas anteriores (POLIT, 1995). É considerado um conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam a transmissão de dados (BERNARDINO et al., 2002). Consiste na descrição das etapas necessárias à realização de ações componentes de uma atividade ou por algoritmos que indicam sequência ordenada de uma tarefa, garantindo a sua reprodução (DOENGES, 1999).

Elaborar um protocolo atendendo à integralidade do ser humano, de forma multiprofissional, é contemplar os diversos saberes dos profissionais da saúde como: médico

clínico, gastroenterologista, neurologista, fonoaudiólogo; psicólogo; assistente social; nutricionista; farmacêutico; enfermeira; técnico de enfermagem; terapeuta ocupacional entre outros envolvidos no processo de cuidados. A implementação de protocolo visa melhorar o atendimento do paciente durante todos os estágios do procedimento, assegurando a segurança e a qualidade técnico-científica do cuidado.

A integração do trabalho multiprofissional propiciará, ao paciente submetido à GEP, recursos para o enfrentamento da sua nova condição - ter uma via alternativa para alimentar-se - e das repercussões emocionais, culturais e sociais que exigirão cuidados específicos, preparo e capacitação de toda a equipe.

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED, 2010) preconizam que o treinamento continuado da equipe e o acompanhamento regular dos pacientes submetidos à GEP podem ser fatores associados à redução da morbimortalidade e das complicações da gastrostomia.

Em unidades hospitalares, a formação de um grupo de atenção aos estomizados, de caráter multiprofissional, poderá contribuir para a construção do planejamento da assistência à saúde, de maneira a auxiliar tanto no esclarecimento de sua doença ou da condição de saúde alterada e cuidados com o corpo quanto em aspectos psicológicos e da qualidade de vida. Para tal, o conhecimento da percepção do sujeito quanto à sua situação é importante para planejar estratégias de saúde. Cabe ressaltar que o acolhimento da família se faz necessário, pois esta representa apoio de grande importância para a aceitação e inserção dos estomizados na sociedade (MENEZES; QUINTANA, 2012).

Diante das considerações apresentadas, é relevante para o HUPES, *locus* desse estudo, dispor de uma representação escrita, na forma de um protocolo, para explicitar a sistematização dos padrões específicos norteadores das práticas dos profissionais da saúde, a orientação e educação dos pacientes submetidos à GEP e seus familiares.

1.1 Objetivo

Elaborar um protocolo de cuidados multiprofissionais para atendimento de pacientes que necessitam de Gastrostomia Endoscópica Percutânea no Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

2 ELEMENTOS CONCEITUAIS

Toda pesquisa necessita de bases sólidas e confiáveis para o seu desenvolvimento, as quais auxiliem no entendimento de questões-chaves e para a compreensão dos conceitos e tema abordado, visando tais aspectos, o presente capítulo aborda os seguintes pressupostos: Atenção à saúde da pessoa estomizada; Gastrostomia Percutânea Endoscópica; Cuidado multiprofissional ao paciente submetido a GEP e; Protocolo em serviços de saúde.

2.1 Atenção à saúde da pessoa estomizada

A Lei Brasileira da Inclusão, promulgada em 6 de julho de 2015, Lei 13.146/2015, dispõe no artigo 9º:

A pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de: proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; atendimento em todas as instituições e serviços de atendimento ao público; disponibilização de recursos, tanto humanos quanto tecnológicos, que garantam atendimento em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A pessoa estomizada está enquadrada na condição de pessoa com deficiência, por meio do Decreto nº 5.296/04. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009 estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Esta portaria, no seu Art. 2º, define que a atenção à saúde das pessoas com estoma seja composta por ações desenvolvidas na atenção básica e ações desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (BRASIL, 2014). Constata-se, não só no Brasil, mas no mundo, uma preocupação com a qualidade da assistência prestada, mas também com a qualidade de vida para a pessoa estomizada, expressa na Declaração dos Direitos dos Ostomizados, a qual refere que a pessoa estomizada tem o direito de:

Receber orientação pré-operatória, a fim de garantir um total conhecimento dos benefícios da operação e os fatos essenciais a respeito de viver com uma estomia.

Ter um estoma bem feito, local apropriado, proporcionando atendimento integral e conveniente para o conforto do paciente.

Receber apoio médico experiente e profissional, cuidados de enfermagem especializada no período pré-operatório e pós-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades.

Ter acesso a informações completas e imparciais sobre o fornecimento e produtos adequados disponíveis em seu país.

Ter a oportunidade de escolha entre os diversos equipamentos disponíveis para estomia sem preconceito ou constrangimento.

Ter acesso a dados acerca de sua Associação Nacional de Ostomizados e dos serviços e apoio que podem ser oferecidos.

Receber apoio e informação para benefício da família, dos cuidadores e dos amigos a fim de aumentar o entendimento sobre as condições e adaptações necessárias para alcançar um padrão de vida satisfatório para viver com a estomia.

Assegurar que os dados pessoais a respeito da cirurgia de estomia serão tratados com discrição e confiabilidade, a fim de manter privacidade (ABRASO, 2007). (Esta declaração foi elaborada pela "International Ostomy Association" em defesa do direito de todas as pessoas ostomizadas).

Sabe-se que toda cirurgia que leva à confecção de um estoma visa restituir ou garantir ao paciente melhor qualidade de vida (BORGES; RIBEIRO, 2015).

É fundamental a existência de programas de saúde específicos em estomaterapia, constituídos por equipe multiprofissional que prestem um cuidado à pessoa estomizada, bem como de políticas nacionais de saúde que assegurem os direitos destes cidadãos, no sentido de favorecer o seu processo de reabilitação e de reinserção social.

Segundo as normativas do Ministério da Saúde, a saber, as Portarias nº 793 de 24 de abril de 2012 e nº 835 de 25 de abril de 2012, definem serviço de atenção às pessoas ostomizadas aquele que presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado. Na impossibilidade do autocuidado, deve-se orientar o processo de atenção realizada pelo cuidador e/ou familiar, assim como para realização de suas atividades diárias e da vida prática, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. O serviço deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades ou unidades de reabilitação física.

2.2 Gastrostomia Percutânea Endoscópica

A gastrostomia consiste na confecção de pertuito ou comunicação diretamente à câmara gástrica através da parede abdominal, mantendo um tubo flexível para introdução de alimento e impedir o extravasamento do suco gástrico (SILVA, 2010). A gastrostomia é uma comunicação do estômago com o meio exterior, realizada cirurgicamente. Na literatura são

descritas três técnicas de gastrostomia: gastrostomia percutânea por fluoroscopia ou radiológica (GPR), gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) e gastrostomia cirúrgica (ANSELMO et al., 2013).

A gastrostomia fluoroscópica percutânea, também chamada de gastrostomia percutânea radiológica, é um método alternativo de colocação de tubo de gastrostomia que é mais usado em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Nesta técnica, uma sonda nasogástrica é utilizada para insuflar o estômago com ar e deslocar a parede gástrica anteriormente. Sob orientação fluoroscópica, um guia é inserido através da parede abdominal anterior no estômago e dilatação em série é realizada para criar um trato. Um tubo de gastrostomia número 12Fr é então inserido sobre o fio por meio da técnica de Seldinger. O agente de contraste pode ser instilado para confirmar a posição. A principal vantagem da gastrostomia fluoroscópica é evitar a passagem do tubo de gastrostomia através do trato aerodigestivo superior. A gastrostomia fluoroscópica pode ser particularmente útil quando um tumor obstrutivo proíbe a endoscopia. Uma desvantagem da técnica de fluoroscopia é que um tubo de gastrostomia de menor diâmetro é necessário para a inserção, o que pode resultar em maior dificuldade do paciente para alimentação por sonda gástrica e mau funcionamento do tubo secundário à oclusão se o tubo de gastrostomia estiver lavado incorretamente (TUCKER et al., 2003).

A técnica endoscópica foi primeiramente descrita por Gauderer, Ponsky e Izanti, em 1980, mostrando-se viável. Desde então foi utilizada amplamente, com baixos índices de complicações e morbimortalidade (GAUDERER; PONSKY; IZANTI, 1980). Esse procedimento endoscópico poderá ser realizado no leito, no setor de endoscopia ou no centro cirúrgico de acordo com a necessidade do paciente (MOURA; ARTIFON; SAKAI, 2016).

É um procedimento levemente invasivo, por meio de um endoscópio, capaz de gerar um certo grau de incômodo, de acordo com a tolerância de cada pessoa. A realização desse exame é uma prerrogativa médica, porém demanda atenção e atuação da enfermagem dentre outros profissionais em todos os momentos. Ou seja, desde o momento do preparo de materiais, instrumental, equipamentos e ambiente, passando pelo acolhimento do usuário e seu acompanhante, até o momento da realização do exame e das práticas de educação em saúde e em serviço (SELHORST, 2014).

- Técnicas de inserção da GEP

As principais técnicas mais utilizadas para a realização de uma gastrostomia endoscópica são: técnica *pull* (Gauderer-Ponsky), *push* (Sachs-Vine) e punção (Russel). A

técnica de tração (*Pull*) (Gauderer-Ponsky), descrita em 1980, é o método original e mais amplamente utilizado para a realização de gastrostomia atualmente. Neste método, um fio é inserido através de uma agulha na parede abdominal para dentro do estômago, apreendido com pinça de biópsia endoscópica e, em seguida, retirada através da boca. Subsequentemente, o fio é fixado à extremidade externa do tubo de alimentação. A partir daí a extremidade do fio exteriorizada na pele é puxada (por isso a técnica é chamada *Pull*), trazendo consigo a sonda através da boca, esôfago e estômago, até que o retentor interno situado em uma das extremidades do tubo fique justaposto à parede abdominal. Em seguida, um tubo de gastrostomia é então fixado à extremidade transoral do fio e puxado através da boca e da parede abdominal do paciente, puxando a extremidade extra-abdominal do fio para avançar o tubo de gastrostomia (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014; TUCKER et al., 2003).

A técnica *push method* é aquela em que o cateter de gastrostomia é "empurrado" sobre um fio-guia até o seu posicionamento final na parede abdominal. O método de pulsão ou de empurrar (Sachs-Vine), descrito em 1983, é diferente do método de tração pelo fato da sonda ser empurrada (e não puxada) por sobre um fio-guia através da cavidade oral, esôfago, estômago e parede abdominal (MANSUR et al., 2010).

No método introdutor de Russell de colocação de GEP, descrito em 1984, após o endoscópio ser inserido e o local da GEP ser marcado, quatro fixadores de T são colocados antes da inserção do tubo de gastrostomia para fixar o estômago à parede abdominal anterior, para evitar o deslocamento da parede gástrica enquanto empurra o tubo de gastrostomia. Usando uma técnica de Seldinger, um pequeno fio-guia é passado transabdominalmente e visualizado com o endoscópio. Dilatadores em série são passados sobre o fio-guia para criar um trato estomacal, o endoscópio permanece no local para visualização e verificação da colocação do tubo de gastrostomia. Subsequentemente, um tubo de gastrostomia é inserido ou empurrado sobre o fio-guia, diretamente através da parede abdominal anterior (TUCKER et al., 2003).

A comparação das diferentes técnicas endoscópicas mostrou que todas são equivalentes em termos de segurança, morbidade e sucesso no posicionamento da sonda. Não existe consenso na literatura sobre qual é o melhor ou mais adequado método para a realização da GEP. A escolha deve levar em consideração fatores como preferência e experiência pessoal com determinada técnica pelos médicos endoscopistas, disponibilidade de material no serviço, doença de base, quadro clínico e nosológico do paciente (GRAU DE RECOMENDAÇÃO: D) (MANSUR et al., 2010).

A indicação mais comum da GEP é a obtenção de uma via de acesso para nutrição

enteral prolongada em pacientes com condições clínicas agudas ou crônicas que apresentem desnutrição ou risco nutricional (PONSKY; GAUDERER, 1989). Também pode ser utilizada como via de decompressão gástrica, sendo indicada nestes casos, prioritariamente, a pacientes com tumores abdominais avançados que causam obstrução intestinal crônica (RODRIGUES et al., 2013).

Outros usos da GEP, tais como via para decompressão gástrica ou forma de fixação do estômago à parede abdominal, não serão abordadas neste estudo. A gastrostomia é indicada para se manter uma via alternativa de alimentação enteral por mais de um mês e que a permanência da sonda nasoenteral, além desse período, poderá acarretar o aumento do número de complicações.

Os consensos e as diretrizes de sociedades médicas e de nutrição abordam as indicações da GEP (BANKHEAD, 2009; LÖSER et al., 2005). As diretrizes específicas da ESPEN, relativas a nutrição enteral através de GEP, estão divididas em três grandes grupos: Doenças oncológicas (tumores de cabeça e pescoço ou trato gastrointestinal superior); Doenças Neurológicas (disfagias após acidente vascular cerebral ou traumatismo cranioencefálico, tumores cerebrais, paralisia bulbar, Doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica (ELA), paralisia cerebral) e outras condições clínicas ou pós-cirúrgicas (AIDS, síndrome do intestino curto, cirurgia reconstrutiva facial, coma, politraumatismo, Doença de Crohn, fibrose cística, insuficiência renal crônica, anomalias congênitas, fistula tráqueo-esofágica) (ITKIN et al., 2011; LÖSER et al., 2005).

Dentre essas indicações, a disfagia neurológica é uma das razões mais comuns para o encaminhamento para a confecção de GEP (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014). Uma redução na ingestão oral, devido a processos neurodegenerativos, representa a razão para a colocação da GEP em até 90% dos pacientes com demência (SAMPSON; CANDY; JONES, 2009). Outras indicações mais raras encontradas na literatura são as correções de volvo gástrico, o manejo de medicações com paladar desagradável e a recirculação de bile drenada dos ductos biliares (MINICUCCI, 2005).

Apesar da alimentação por GEP não excluir os riscos de pneumonia por aspiração (ONUR et al., 2013) ou mortalidade a longo prazo, tem sido consistentemente demonstrado ser o método de alimentação com menor probabilidade de repetidas intervenções e falhas sugerindo que o procedimento endoscópico é mais eficaz e seguro do que a alimentação por SNE, de acordo com uma revisão sistemática *Cochrane* (GOMES et al., 2015).

A GEP pode ser realizada em regime ambulatorial ou no leito do paciente e o preparo inclui a antibioticoterapia profilática e a sedação leve ou profunda. Existem condições que

contraindicam sua realização, a saber, pacientes com coagulopatias não corrigidas, instabilidade hemodinâmica, sepse grave, abdome agudo perfurativo ou outras condições que contraindiquem o exame endoscópico. Consideram-se contraindicações relativas, as doenças sistêmicas graves, gastroparesia ou obstrução mecânica ao esvaziamento gástrico, cirurgia gástrica prévia ou outra cirurgia abdominal, ascite e obesidade mórbida (KURIEN et al., 2010).

Löser et al. (2005) consideram como contraindicações absolutas: as obstruções completas do trato aerodigestivo superior que impossibilitem o acesso endoscópico ao estômago, a impossibilidade de conseguir com segurança a posição da parede gástrica anterior com a parede abdominal, as coagulopatias não corrigidas e uma expectativa de vida muito curta. E, as contraindicações relativas: hepatopatias descompensadas, distúrbios de coagulação tratáveis, peritonite, dialise peritoneal e presença de ascite. Também podem aparecer em situações em que a técnica pode ser dificultada, mas não impedida, como hepatomegalia, presença de varizes esofagogástricas, presença de cateter de derivação ventrículo peritoneal, obesidade mórbida, hérnia hiatal volumosa (PONSKY; GAUDERER, 1989; LÖSER et al., 2005).

A gastrostomia endoscópica percutânea é um procedimento especializado que requer materiais e sondas específicas e deve ser realizado por médicos endoscopistas treinados (LEITE et al., 2001).

A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é considerada um procedimento seguro, pois está associada a baixos índices de morbidade. Contudo, diversas complicações estão descritas, algumas delas com elevado potencial de gravidade e que merecem, portanto, especial atenção (SCHRAG et al., 2007). As complicações mais comuns incluem infecção da ferida, vazamento de líquidos ao redor da sonda de gastrostomia, hemorragia e fistula na população submetida a gastrostomia, mas a pneumonia por aspiração é o maior risco de morte neste grupo. Os riscos e complicações da GEP devem ser discutidos com pacientes e familiares, a decisão para a inserção da gastrostomia endoscópica percutânea só deve ser feita após cuidadosa consideração e discussão entre os médicos responsáveis pela gestão do cuidado, outros profissionais de saúde, paciente e familiares (SKELLY, 2002).

As complicações da GEP classificadas como menores (podem ocorrer em 13% a 43% dos casos) incluem infecção periostomal, dor no local da punção, extravasamento de conteúdo gástrico, alargamento do estoma, dermatite, tecido de granulação, sangramentos menores, hematomas pequenos, pneumoperitônio, íleo temporário, obstrução do trato de saída gástrico, saída acidental tardia da sonda e fistula gastrocutânea persistente após a retirada da sonda. As complicações classificadas como maiores (relatadas em 0,4% a 8,4% dos procedimentos)

incluem sepultamento do retentor interno (SRI), fasciíte necrotizante, peritonite, broncoaspiração, implante metastático no estoma, perfurações de vísceras ocas ou órgãos sólidos, sangramentos maiores, hematomas expansivos ou volumosos da parede abdominal ou gástrica, fistula gastrocolocutânea e saída acidental precoce da sonda (MANSUR et al., 2010).

As complicações podem ser secundárias ao ato endoscópico (procedimento de endoscopia digestiva alta) ou especificamente decorrentes do método (complicações da GEP propriamente dita). As complicações da endoscopia digestiva alta (EDA) são pouco comuns (frequência de 0,13% e mortalidade de 0,004%), ocorrendo geralmente no momento da realização do procedimento endoscópico (MANSUR et al., 2010).

A fim de evitar complicações, recomenda-se sempre fazer uma boa higiene oral e dentária, e utilizar técnicas cirúrgicas assépticas. A GEP é executada com o paciente em posição de decúbito dorsal e requer a intervenção de um endoscopista e de um outro profissional médico para auxiliar no procedimento, além de um técnico de enfermagem auxiliando no procedimento e fornecimento de materiais (SELHORST, 2014).

Quanto aos cuidados com pacientes gastrostomizados, Strauss (2014), na pesquisa que objetivou identificar o cuidado do enfermeiro e dos cuidadores na administração de medicamentos por gastrostomia, identificou que 100% não lavava a sonda antes da administração e apenas 18,8% lavava a sonda entre os medicamentos administrados no mesmo horário. Ainda neste estudo, o autor destaca que 12% dos cuidadores relatam não ter recebido orientações dos profissionais de saúde quanto à administração de medicamentos por gastrostomia e que a obstrução da sonda após a administração desses medicamentos foi relatada por 43,75% dos entrevistados.

2.3 Cuidado multiprofissional ao paciente submetido a GEP

Segundo Ferreira, Varga e Silva (2009), uma equipe multiprofissional pode ser definida como uma modalidade coletiva de trabalho que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

A complexidade do viver humano e dos problemas que afetam a saúde das pessoas que buscam os serviços de saúde impõe aos profissionais da área, importantes desafios sobre a realização de seu trabalho. O reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde traz a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado (MATOS; PIRES, 2009).

Na literatura consultada, sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente (PEDUZZI, 2001).

A autora observa que os profissionais de saúde destacam as necessidades de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, contudo, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns (PEDUZZI, 2001).

Assim, o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais por meio da comunicação e da mediação simbólica da linguagem. E, que a maioria dos pacientes que são submetidos a procedimentos e necessitam de cuidados domiciliares necessitam de uma equipe multiprofissional para oferecer suporte e cuidados (ROMÃO et al., 2008).

No período pós-operatório as intervenções da equipe multiprofissional devem estar também voltadas para incentivar o autocuidado, para maior adaptação por meio do retorno das atividades da vida diária, além de adequações individuais e a troca de experiências sobre o convívio com o estoma e o processo adaptativo (CESARETTI; SANTOS; VIANNA, 2010). A qualidade das instruções pode maximizar a adesão do paciente às recomendações multiprofissionais, otimizar o autocuidado e ajudar a evitar complicações (MEDEIROS, 2017).

Questões como a explicação da doença, o curso esperado, o autocuidado, as instruções sobre os medicamentos, complicações que possam surgir, intervalo para retorno agendado, cuidados neste intervalo, oportunidades para questionamentos e a confirmação do entendimento pelo paciente/familiar são essenciais para minimizar complicações no período de afastamento das equipes de saúde (MEDEIROS, 2017).

O fato de não poder se alimentar pela boca, seja temporária ou permanentemente, pode despertar sentimentos negativos relacionados ao estoma, à imagem corporal e à autoestima, consequentemente interferindo no convívio familiar e social, levando, em muitos casos, ao isolamento social. Sendo assim, é muito importante o trabalho da equipe multiprofissional no atendimento a esse cliente. Quanto à imagem corporal, as referências consultadas abordam a questão do uso da gastrostomia como uma vantagem em relação ao cateter nasogástrico, pois o estoma permanece

coberto pela roupa. Desta forma, elimina o incômodo permanente da sonda no nariz que dificulta a respiração, a fala e pode causar lesões de pele ao ser fixada (FREIRE et al., 2017).

2.4 Protocolos em serviços de saúde

Um protocolo de atendimento é um conjunto de informações que permite direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados para a resolução ou prevenção de um problema. A implantação de protocolos pode contribuir para a mudança de atitude e aumento de capacidade crítica dos profissionais, melhorando seu desempenho de modo a oferecer um trabalho capaz de produzir mais saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Estes são orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política que têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). A literatura consultada evidenciou, em relação aos protocolos, um número maior de estudos sobre os protocolos de atenção à saúde em relação aos de organização de serviços, os quais têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares.

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. São construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado (PIMENTA et al., 2015). A sua principal função é dar uma direção no que deve ser feito, quanto ao cuidado do paciente em um determinado contexto clínico.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 816, de 31 de maio de 2005, constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, enfatizando a necessidade de avaliação, de estabelecimento de processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos, assistenciais e tecnologias em saúde, tendo por base as evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para a saúde dos usuários, seu custo-efetividade e impacto na organização dos serviços e na saúde da população.

Mas, sabe-se também que os protocolos apresentam restrições. Sejam em relação à sua adequação e abrangência, os protocolos não respondem a todas as questões e nem sempre

representam uma alternativa para o enfrentamento de situações imprevistas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Mesmo nas situações em que os protocolos são bem indicados e adequados, tendem a responder satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais. Porém, há o risco de que eles se tornem estáticos e fiquem por períodos muito longos sem avaliação e desatualizados, ou ainda, que por responderem de forma satisfatória às necessidades do serviço, acabem por gerar um clima de acomodação nos profissionais em relação à renovação do conhecimento (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Nesse processo, recomenda-se que os protocolos sejam discutidos com os trabalhadores das unidades de saúde periodicamente, contando com o envolvimento da equipe multiprofissional; deve ser dinâmico, com revisão e atualização periódicas e; avaliados conjuntamente com os gestores, validados e homologados pela coordenação do SUS (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Mas também se observa que, mesmo com instrumentos próprios, ainda pode ser incipiente e dificultosa a utilização de tais estratégias e sua real aplicabilidade no cotidiano da prática da equipe multiprofissional (PAES, 2011). Sendo esse mais um grande desafio para o serviço.

Nos mais variados cenários de cuidado é percebido, também, que mesmo dispondo de instrumentos norteadores muitos profissionais optam por não os utilizar (PAES, 2011), daí a necessidade de um envolvimento e participação coletiva na construção, avaliação e validação dos protocolos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção com o desenvolvimento de uma tecnologia de cuidado aos pacientes com necessidade de GEP no HUPES, para sistematização e padronização de condutas (promocionais, de recuperação e de prevenção de complicações) com base no trabalho multiprofissional, incluindo a participação dos familiares e cuidadores na atenção a essa condição.

Para tal, foram desenvolvidos inicialmente os seguintes passos: elaboração da versão preliminar do protocolo e de uma estratégia de validação desse documento, descritas a seguir.

3.1 Elaboração da versão preliminar do protocolo de cuidados multiprofissionais para os portadores de GEP

A versão preliminar do protocolo GEP seguiu as diretrizes e o modelo padronizado de protocolos assistenciais do HUPES. O padrão adotado pelo HUPES para a elaboração dos protocolos de cuidado aos seus pacientes atende aos critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos nacionais e internacionais (PIMENTA et al., 2015), a saber: origem, objetivo, evidências, revisão, fluxograma e indicadores. Além de contemplar itens como: histórico da revisão, siglário, abrangência, definições, responsabilidades, descrição dos procedimentos, monitoramento e atualização.

Para tanto, contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, contribuindo para apoiar os profissionais quanto às decisões sobre prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Contempla ações de cuidados pré, intra e pós GEP, como também o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas compartilhadas entre profissionais da equipe de saúde, a saber: médico clínico, gastroenterologista, neurologista, fonoaudiólogo; psicólogo; assistente social; nutricionista; enfermeira; farmacêutico, técnicos de enfermagem; entre outros profissionais envolvidos no processo de cuidados ao paciente submetido a GEP.

Para a elaboração da versão preliminar do protocolo GEP HUPES, foi empreendida uma revisão de literatura por meio de busca de artigos científicos publicados em revistas indexadas e documentos técnicos disponíveis sob a forma de texto completo em duas bases de dados: Biblioteca Virtual em saúde (bvsm.sau.gov.br) e *National Library of Medicine (PubMed/Medline)* (www.ncbi.nlm.nih.gov), no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. Para a busca inicial

dos documentos, foram selecionados três descritores controlados identificados na base de dados descritores em ciências da saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde, suas combinações nas publicações ocorreram nas bases de dados disponíveis no PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e utilização dos operadores booleanos: *AND*, *OR* ou *NOT*. As estratégias de busca, identificação e seleção dos artigos nos bancos de dados estão descritas no quadro 1.

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa: “gastrostomia”, “protocolos”, “cuidados” “assistência” e “atenção à saúde”.

Quadro 1: Levantamento dos dados bibliográficos.

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos identificados	Artigos disponíveis
BVS	Gastrostomia AND protocolos AND assistência;	61	12
	Gastrostomia AND protocolos AND cuidado;	52	9
	Gastrostomia AND protocolos AND atenção	42	4
	Gastrostomía AND protocolos AND cuidado	52	8
	Gastrostomía AND protocolos AND atención	62	14
	Gastrostomía AND protocolos AND assistência	44	5
PUBMED MEDLINE	Gastrostomy AND Protocols AND assistance	01	Texto não disponível
	Gastrostomy AND Protocols AND Care	68	17 textos completos, selecionados 8 pela leitura dos títulos
	Gastrostomy AND Protocols AND Health care	25	10 textos completos, selecionados 6 pela leitura dos títulos

Outras fontes	Artigos diversos Portarias, protocolos, manuais	66	
TOTAL		473	145 disponíveis 19 utilizados

Fonte: Elaborado pela autora.

Os documentos selecionados nessa etapa foram analisados e após a retirada dos textos duplicados, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, para submeter os documentos aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão utilizados foram: estar publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol; artigos disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados supracitadas, retratando a temática referente à gastrostomia, incluindo os cuidados multiprofissionais aos pacientes gastrostomizados e; que trate de diretrizes, guias e protocolos clínicos de cuidados a pacientes com GEP. Não houve delimitação temporal de ano, uma vez que se buscou encontrar o maior número de evidências que pudessem expressar as características definidoras do tema.

Após esses passos, procedeu-se a leitura dos documentos na íntegra, selecionando aqueles que reuniam as informações necessárias para a composição do protocolo. Foram utilizados 19 documentos organizados segundo o tipo de cuidado, recomendações, classificação e fonte (Quadro 2).

Os documentos incluídos foram a base para a extração das evidências sobre o tipo de cuidado recomendado para os profissionais, orientações necessárias aos pacientes submetidos à gastrostomia, seus familiares e cuidadores, mediante um exame detalhado do seu conteúdo, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. Foram selecionados a indicação/contraindicação, tipo de procedimento, cuidados pré, intra e pós gastrostomia e aspectos gerais acerca da nutrição enteral, indicando a “força” das evidências encontradas. Buscou-se indicação de cuidados necessários para a garantia de uma assistência integral de qualidade ao paciente submetidos a GEP, seus familiares e cuidadores, com enfoque multiprofissional.

A revisão foi complementada também por material publicado sob a forma de livros, com o propósito de identificar evidências científicas sobre as boas práticas de cuidados ao paciente gastrostomizado numa perspectiva multiprofissional. Por fim, a partir da descrição das evidências adotadas para a realização dos procedimentos, foi elaborado o fluxograma do cuidado aos pacientes portadores de GEP (Anexo A).

Neste estudo, para análise do nível de evidência foram utilizados como parâmetros as diretrizes da SOBED, que classificam os estudos em quatro níveis de evidência científica (MANSUR et al., 2010) a saber:

Classificação dos trabalhos selecionados segundo o grau de recomendação e força de evidência:

A - Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência;

B - Estudos experimentais e observacionais de menor consistência;

C - Relatos ou séries de casos e;

D - Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Ressalta-se que o Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, elaborado em 2010, estabelece orientações e recomendações para indicação e utilização da gastrostomia endoscópica percutânea baseadas em evidências científicas mais voltadas para a atuação do profissional médico.

Quadro 2: Recomendações utilizadas para a construção do Protocolo GEP, segundo o tipo de cuidado, documento e fonte.

Cuidados	Recomendações	Tipo de documento	Fonte / ano
Atenção à saúde da pessoa ostomizada	Recomendam-se as redes de apoios, contribuindo para melhor adaptação e qualidade de vida dos estomizados.	Livro - texto Portaria	TUON, Lisiane; CERETTA, Luciane Bisognin. Rede de cuidado à pessoa com deficiência. Tubarão: Copiart , v.1, 2017 . BRASIL. Portaria nº. 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário oficial da União , 2009 . CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins et al. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. Saúde (Santa Maria) , v.39, n.1, p.33-42, 2013 .
Apoio ao paciente ostomizado para o autocuidado e aceitação da condição temporária ou permanente	Recomenda-se que os profissionais se aprofundem nos conhecimentos sobre estomas, principalmente em relação ao autocuidado e aceitação do paciente com um olhar diferenciado, auxiliando as pessoas estomizadas a encarar essa experiência e que possam trabalhar em redes de apoios, contribuindo para melhor adaptação e melhor qualidade de vida dos estomizados e; Outro aspecto importante que deve ser considerado no paciente que faz uso de uma gastrostomia é o fato de não poder se alimentar pela boca, o que, temporária ou definitivamente, pode despertar sentimentos negativos quanto à autoestima e imagem corporal, ocasionando interferência no convívio social e familiar, o que torna imprescindível o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar.	Artigos	FREIRE, Daniela de Aquino et al. Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. REME rev. min. enferm , v.21, 2017 . LINO, Alexandra Isabel de Amorim; JESUS, Cristiane Alves Costa. Cuidado ao paciente com gastrostomia: uma revisão de literatura. Revista Estima , v.11. n.3, p.28-34, 2013 . GARCÍA, Carolina et al. Guías clínicas para la alimentación en pacientes con trastorno de la deglución. Neumol Pediatr , v.6, n.2, p.67-71, 2011 .

<p>Cuidados domiciliares: orientações gerais</p>	<p>Os pacientes que são submetidos a procedimentos e necessitam de cuidados domiciliares necessitam de uma equipe multiprofissional para oferecer suporte e cuidados e;</p> <p>O profissional da saúde realiza todo o preparo no período anterior à confecção da estomia, orienta sobre o procedimento, sobre possíveis complicações e, principalmente, fornece apoio emocional a pessoa e sua família. Além disso, o contato posterior ao procedimento cirúrgico poderá proporcionar adesão ao tratamento e melhor aceitação as novas condições de vida. Assim, destaca-se o preparo do enfermeiro para o reconhecimento das redes de apoio, bem como se identificar como parte integrante desta.</p>	<p>Artigos Livro texto</p>	<p>ROMÃO, C. P.; ALEMIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Pacientes gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores do domicílio. Revista Eletrônica de Enfermagem, UNIEURO, Brasília, v.1, n.2, p.18-34, 2008.</p> <p>ZAPKA, Jane et al. Challenges in efficacy research: the case of feeding alternatives in patients with dementia. Journal of advanced nursing, v.70, n.9, p.2072-2085, 2014.</p> <p>MEDEIROS, Michele. Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia. Orlandi Honório Locks, 2017.186 p.</p> <p>RODRIGUES, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SIMON, B. S.; GEWEHR, M. M.; SILVA, D. C. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. Saúde (Santa Maria). v.39, n.1, p.33-42, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/7256/pdf_1>.</p>
<p>Cuidados pré-gastrostomia</p>	<p>Explicar aos pacientes e familiares que o objetivo do procedimento será suprir as necessidades nutricionais;</p> <p>Determinar a habilidade do paciente e/ou familiares para entender e lidar com a experiência cirúrgica a qual será submetido;</p> <p>Avaliar as condições da pele do paciente e se o mesmo apresenta fatores de comorbidades que possam retardar o processo de cicatrização;</p> <p>Manter o paciente em jejum de 8 a 12 horas a fim de reduzir os riscos de</p>	<p>Livros textos</p>	<p>MARTINS, Ana Cristina Ferreira. Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio. – Botucatu: [s.n.], 2013. IN.: MATSUBARA, M. G. S.; VILLELA, D. L.; HASHIMOTO, S. Y.; REIS, H. C. S. Feridas e Estomas em Oncologia: uma abordagem interdisciplinar. 1a ed. São Paulo: Ed. Lemar; 2012.</p> <p>NETO, Andrade Franco et al. Trinta anos de gastrostomia endoscópica percutânea: uma revisão da literatura. Rev. méd. Minas Gerais, v.20, n.4 supl.3, p.31-37, 2010.</p> <p>MANSUR, G. R.; SOUZA E MELLO, G. F.; GARCIA, F. L.; SANTOS, T. B. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro, 2010.</p>

	<p>aspiração e complicações consequentes;</p> <p>Realizar higiene oral com solução oral de clorexidine 0,12%, antes do procedimento e realizar tricotomia abdômen caso haja necessidade;</p> <p>Suspensão de medicamentos que podem comprometer a anestesia e/ou o procedimento cirúrgico, como anticoagulantes, corticosteroides, diuréticos, insulina e fenotiazina, associada a um jejum de oito horas e;</p> <p>Profilaxia antibiótica uma hora antes do procedimento;</p>		
Cuidados intra-GEP	<p>Posicionamento adequado para a realização do procedimento; indução anestésica;</p> <p>Técnica antisséptica para limpeza do abdome e;</p> <p>Descrição das técnicas da GEP utilizadas.</p>	<p>Diretrizes</p> <p>Artigos</p>	<p>MANSUR, G. R.; SOUZA E MELLO, G. F.; GARCIA, F. L.; SANTOS, T. B. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro, 2010.</p> <p>RIMOLO, Amanda Peixoto. Incidência de complicações e mortalidade em pacientes submetidos a duas técnicas de gastrostomia percutânea endoscópica em adultos. 2017.</p> <p>RAHNEMAI-AZAR, Ata A. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. World Journal of Gastroenterology: WJG, v.20, n.24, p.7739, 2014.</p> <p>TUCKER, A. T.; GOURUN, C. G.; GHEGAN, M. D.; PORUBSKY, E. S.; MARTINDALE, R. G.; TERRIS, D. J. 'Push' versus 'pull' percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with advanced head and neck cancer. Laryngoscope. v.113, n.11, p.1898-902, 2003.</p>
Cuidados pós-GEP	<p>Explicar ao paciente e/ou familiar no período de sua internação pós GEP</p>	<p>Artigo</p>	<p>MATSUBARA, L. S.; PAIVA, S. A. R. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. Rev. Nutr. v.18, n.4, p.553-9, 2005.</p>

	<p>todos os procedimentos que serão realizados;</p> <p>Posicionamento adequado durante a infusão de alimento e ou medicamento com objetivo de facilitar a digestão e minimizar o risco de broncoaspiração;</p> <p>Cuidados com a pele, prevenindo possíveis lesões de pele;</p> <p>Hidratação inicial com volume de 30 a 60 ml gradativamente, após quatro horas do procedimento;</p> <p>Fazer ausculta abdominal, confirmando a presença de ruídos hidroaéreos antes de iniciar a dieta no 1o pós-operatório. Se o paciente não apresentar desconforto após a administração inicial de líquidos, liberar a dieta;</p> <p>Alimentação enteral precocemente;</p> <p>Manter a limpeza da sonda e seus componentes, inspeção diária para verificar rachaduras;</p> <p>Comunicar à equipe médica quando ocorrer remoção acidental ou intencional da sonda; é prioritário evitar o fechamento precoce da fistula gastrocutânea;</p> <p>A sonda deve ser mobilizada (sentido horário e anti-horário) e;</p> <p>Manter os cuidados de limpeza e higiene do dispositivo, injetando 40ml</p>		<p>NETO, Andrade Franco et al. Trinta anos de gastrostomia endoscópica percutânea: uma revisão da literatura. Rev. méd. Minas Gerais, v.20, n.4 supl.3, p.31-37, 2010.</p> <p>MANSUR, G. R.; SOUZA E MELLO, G. F.; GARCIA, F. L.; SANTOS, T. B. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro, 2010.</p> <p>WIERNICKA, Anna et al. The protocol for a randomised-controlled trial of the evaluation of the tolerance and safety of early enteral nutrition in children after percutaneous endoscopic gastrostomy placement. (protocol version 09.01. 2015). BMC pediatrics, v.16, n.1, p.163, 2016.</p>
--	---	--	---

	de água à temperatura ambiente após cada administração da dieta enteral e dos medicamentos para evitar a obstrução.		
Cuidados domiciliares: orientações específicas	<p>As orientações ofertadas buscam esclarecer as dúvidas inerentes à função da estomia, seus cuidados e retomada das atividades diárias. A realização dessas orientações, por meio de uma comunicação clara e objetiva, resulta em cuidado a pessoa com estomia e pode favorecer na aceitação do novo modo de vida.</p> <p>CUIDADOS RECOMENDADOS:</p> <p>Lavar a sonda de gastrostomia com 40 ml de água filtrada antes e após administração de cada dieta ou medicamentos;</p> <p>Realizar limpeza diária ao redor do estoma gástrico com água e sabão durante o banho, evitando acúmulo de sujidade na pele;</p> <p>Fazer movimentos rotatórios a 360º diariamente com a sonda de gastrostomia, a fim de evitar o colamento da sonda na parede gástrica, formação de granulomas e necrose tecidual peri estoma;</p> <p>Observar diariamente se há presença de secreção ou suco gástrico peri sonda de gastrostomia que possam lesionar a pele;</p>	<p>Artigos</p> <p>Livro texto</p>	<p>RODRIGUES, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SOMIN, B. S.; GEWEHR, M. M.; SILVA, D. C. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. Saúde (Santa Maria). v.39, n.1, p.33-42, 2013.</p> <p>LIMA, Priscila Sales de; BLANES, Leila; GOMES, Heitor Francisco de Carvalho. Manual educativo de cuidados à criança com gastrostomia: construção e validação. REME rev. min. enferm, v.22, p.e-1123, 2018.</p> <p>MATSUBARA, L. S.; PAIVA, S. A. R. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. Rev. Nutr. v.18, n.4,553-9, 2005.</p> <p>MEDEIROS, Michele. Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia. Orlandi Honório Locks, 2017.186 p.</p> <p>SOUZA, Altamir Benedito de et al. MANUAL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP / Lúcia Caruso e Altamir Benedito de Sousa (organizadores). – São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; São Carlos, Editora Cubo, 2014. Cap. 11.</p>

	<p>Evitar tracionamento brusco na sonda para prevenir deslocamentos e/ou retirada acidental;</p> <p>Verificar e anotar o número de demarcação da sonda de gastrostomia e;</p> <p>Estar atento a qualquer modificação na marcação dos centímetros na parte externa da sonda, interromper a dieta e comunicar caso haja alterações são cuidados fundamentais que devem ser observados por profissionais ou cuidadores.</p>		
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

3.2 Estratégia de validação do protocolo junto à equipe do HUPES

A segunda etapa da metodologia desse estudo foi a elaboração de uma estratégia de validação do conteúdo e organização do protocolo que será realizada mediante a aplicação de uma técnica de consenso aos especialistas do HUPES, o grupo de juízes será composto por profissionais de saúde que assistem pacientes submetidos à gastrostomia endoscópica percutânea, selecionando dezenove juízes entre os seguintes profissionais: dois médicos gastroenterologista, dois cirurgiões, dois enfermeiros, dois nutricionistas, dois fonoaudiólogos, dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois enfermeiros estomaterapeuta, dois farmacêuticos e um profissionais do serviço de vigilância a saúde e segurança do paciente (SVSSP).

Os critérios de seleção dos especialistas incluem: experiência profissional em gastrostomia, prática clínica em estomaterapia e/ou publicações científicas na temática do protocolo. A verificação dos critérios de seleção será realizada pela busca dos currículos dos profissionais do HUPES.

Cada especialista selecionado receberá uma carta convite para participar da validação do protocolo com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). No caso de aceitar o convite, o especialista receberá a versão do protocolo e um questionário impresso de avaliação, no qual irá registrar sua opinião quanto aos itens que compõem o protocolo, classificando-os segundo a escala Likert: 1- inadequado; 2- parcialmente adequado; 3- adequado e; 4 - totalmente adequado. No caso de respostas 1 e 2, o especialista será convidado a justificar sua opinião. O grau de concordância das respostas dos especialistas quanto ao conteúdo do protocolo será medido pelo cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (RUBIO et al., 2003). Após a análise das respostas dos especialistas serão feitas as modificações pertinentes no Protocolo. Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes servirá de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item que teoricamente se refere.

3.3 Aspectos éticos

Visto se tratar da elaboração de um produto tecnológico, numa fase de versão preliminar de um protocolo, que não pressupõe entrevistas nem com usuários e nem profissionais, não será necessária a submissão desta pesquisa ao comitê de ética. Trata-se de pesquisa bibliográfica, que não envolve seres humanos, a qual utilizará apenas dados disponíveis ao público e irrestrito. Porém, na fase da validação do protocolo serão consideradas as diretrizes da Resolução no 466/2012 e suas regulamentações complementares do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão organizados em dois subcapítulos: o primeiro é a versão preliminar do protocolo de cuidados e as orientações para cuidados em domicílio no formato de um folder elaborados a partir da revisão de literatura, cujos procedimentos foram detalhados no capítulo de metodologia. O segundo apresenta a carta convite, o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário de validação do protocolo pelos especialistas do HUPES.

4.1 Versão preliminar do protocolo

PRODUTO: PROTOCOLO DE CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS NA GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA

Capa:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
EBSERH – HOSPITAIS UNIVERSITARIOS FEDERAIS
**PROTOCOLO DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL NA
REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA**

1a edição- 2019

Setor de Endoscopia

Contracapa:

**PROTOCOLO DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL NA
REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA**

GAS/SED/001/2019

Ficha catalográfica em aguardo

SUMÁRIO

HISTÓRICO DA REVISÃO	34
SIGLÁRIO	35
1 OBJETIVOS	36
2 ABRANGÊNCIA	36
3 DEFINIÇÕES DE TERMOS	37
4 RESPONSABILIDADE	41
5 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	42
5.1 Cuidados pré-operatórios	43
5.2 Cuidados durante a realização de GEP - técnicas operatórias	43
5.3 Cuidados pós realização de GEP	46
5.3.1 No início da dieta	46
5.3.2 Cuidados gerais com a sonda	47
5.3.3 Cuidados gerais na administração de dieta e medicamentos pela sonda	48
5.3.4 Cuidados gerais com a pele	49
5.3.5 Conduta diante das complicações cutâneas mais comuns	50
5.4 Orientações ao paciente, familiares e cuidadores no momento da alta	53
5.4.1 Cuidando da gastrostomia em casa	53
5.4.2 Cuidados na administração da alimentação e medicação	54
5.4.3 Quais problemas poderão ocorrer com uma gastrostomia?	55
6 MONITORAMENTO	55
7 ATUALIZAÇÃO/REVISÃO	56
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
ANEXO	58
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	59

HISTÓRICO DA REVISÃO

Sobre o emprego dos protocolos em ambiente hospitalar, Jacques e Gonçalo (2007) afirmam que a gestão do conhecimento tem facilitado o uso eficaz deste em benefício dos serviços, por meio da construção de protocolos médico-assistenciais. Para os autores, mesmo com a existência de tensões e conflitos no interior das instituições de saúde, a gestão do

conhecimento fundamenta-se na necessidade de que a construção desses protocolos funcione como núcleo de interesse entre gestores e profissionais da saúde, tornando-os parceiros no compartilhamento de ideias, sejam elas de estrutura, processos ou resultados.

O presente protocolo multiprofissional fundamenta-se em duas fontes bibliográficas principais, a saber: recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) e da SOBED (MANSUR et al., 2010), e em evidências identificadas na literatura, seja em artigos científicos, dissertações, teses e documentos institucionais, seja em outros protocolos, guias ou linhas de cuidados. Esse protocolo contém diretrizes assistenciais e ações para pacientes com necessidade de realização de Gastrostomia Percutânea Endoscópica (GEP) e está organizado seguindo o modelo de protocolo proposto pelo HUPES.

A maioria das condutas propostas neste protocolo está baseada em recomendação de grau D, produto de consensos ou opiniões de especialistas. Para levantamento de informações deste protocolo foi realizada busca bibliográfica nas bases de dados PUBMED e BVS, através de descritores gerais e específicos relacionados ao tema, seguida de revisão das citações dos artigos selecionados, bem como as recomendações das sociedades especializadas.

A descrição da técnica de coleta de evidências, de acordo com Mansur et al. (2010), segue a classificação utilizada pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – Classificação dos trabalhos selecionados segundo o grau de recomendação e força de evidência:

A - Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência;

B - Estudos experimentais e observacionais de menor consistência;

C - Relatos ou séries de casos e;

D - Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

SIGLÁRIO

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASGE – American Society for Gastrointestinal Endoscopy

ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

ESPEN – European Society of Parenteral and Enteral Nutrition

HUPES – Hospital Universitário Professor Edgard Santos

GEP – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

POP – Procedimento Operacional Padrão

SNE – Sonda Nasoenteral

SOBED – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

SVSSP – Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

VO – Via Oral

1 OBJETIVOS

Estabelecer orientações e recomendações para o cuidado multiprofissional ao paciente em Gastrostomia Percutânea Endoscópica com vistas à prevenção ou redução das complicações derivadas da Gastrostomia Percutânea Endoscópica e;

Estabelecer orientações e recomendações para cuidados em domicílio do paciente com GEP.

2 ABRANGÊNCIA

As orientações e recomendações para a realização de cuidados multiprofissionais ao paciente submetido à GEP devem ser aplicadas a todos os indivíduos de todos os grupos etários atendidos pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos e devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes que estejam em risco de desenvolver essas complicações, que se encontrem em ambiente hospitalar e em cuidados que devem ser continuados em domicílios, independentemente do diagnóstico ou de outras necessidades de cuidados de saúde.

Setores e Profissionais envolvidos

SETOR	PARTICIPANTES
Ambulatórios e unidades de internação do HUPES	Médico
Recepção do HUPES	Recepcionista do HUPES/ assistentes administrativos das unidades de internação

Recepção do setor de exames por endoscopia	Assistente Administrativo do Setor de Exames de Endoscopia
Serviço de Endoscopia	Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Médico Residente, Médico Preceptor, Médico Endoscopista, Anestesista
Unidade de internação	Enfermeiro, Médico, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo, Técnico de Enfermagem

3 DEFINIÇÕES DE TERMOS

Gastrostomia: Refere-se às estomias do trato digestório, é um procedimento realizado cirurgicamente para exteriorização do estômago com a finalidade de alimentação, sendo uma via alternativa de nutrição enteral (LINO; JESUS, 2013 *apud* FOREST-LALANDE, 2011).

Gastrostomia Endoscópica Percutânea - GEP: Trata-se de técnica operatória simples que visa acessar a luz do estômago para a introdução de uma sonda pela parede abdominal, via endoscópica, de forma temporária ou definitiva, objetivando a alimentação prolongada ou a descompressão digestiva e com vantagens significativas sobre a gastrostomia cirúrgica e a sonda nasoentérica (NETO et al., 2010).

Indicações e contraindicações: A indicação mais comum da GEP é a obtenção de uma via de acesso para alimentação enteral prolongada em pacientes com condições clínicas agudas ou crônicas que apresentem desnutrição ou risco nutricional, que apresentem o trato gastrointestinal (TGI) íntegro e funcional, e que, por algum motivo, a capacidade de deglutição e/ou alimentação oral esteja comprometida por um período previsivelmente superior a quatro semanas (MANSUR et al., 2010).

Sabe-se que a principal indicação da GEP, na prática clínica diária, é para a administração de alimentação enteral de longo prazo para pacientes com disfagia. A sua aplicação em diversas condições ou situações não associadas, especificamente ao suporte nutricional, determinou a expansão do espectro de indicações deste procedimento, como o uso para descompressão gástrica e indicações menos comuns, como para uso de medicamentos não palatáveis, recirculação da bile e também nos casos de vôlvo ou hérnias diafragmáticas (MANSUR et al., 2010).

Os consensos e as diretrizes de sociedades médicas e de nutrição como: Associação Americana de Gastroenterologia (AGA), a Sociedade Americana de Endoscopia

Gastrointestinal (ASGE), a Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN), Associação britânica de Nutrição Parenteral e Enteral (BAPEN), a Sociedade Britânica de Gastroenterologia (BSG) e a Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral (ESPEN) abordam as indicações e contraindicações da GEP (LÖSER et al., 2005) (Quadro 1).

Ponsky e Gauderer (1989) classificam as contraindicações em absolutas e relativas. São consideradas como contraindicações absolutas para a realização da GEP as obstruções completas do trato aerodigestivo superior que impossibilitem o acesso endoscópico ao estômago, a impossibilidade de conseguir a correta e segura aposição da parede gástrica anterior com a parede abdominal, as coagulopatias não corrigidas e uma expectativa de vida muito curta.

As contraindicações relativas (corrigíveis, reversíveis ou temporárias) são representadas por hepatopatias descompensadas, distúrbios de coagulação tratáveis, peritonite, diálise peritoneal e presença de ascite. Podem ser caracterizadas por uma condição clínica de momento que não permita a realização imediata do procedimento. Também podem aparecer em situações em que a técnica pode ser dificultada, mas não impedida, como hepatomegalia, presença de varizes esofagogástricas, presença de cateter de derivação ventrículo peritoneal, obesidade mórbida e hérnia hiatal volumosa (PONSKY; GAUDERER, 1989; MANSUR et al., 2010).

Quadro 1: Indicações e contraindicações da gastrostomia percutânea endoscópica, segundo consensos nacionais e internacionais de Endoscopia Digestiva.

INDICAÇÕES	CONTRAINDICAÇÕES
Doenças neurológicas e retardo psicomotor	Distúrbios de coagulação graves (INR > 1,5, PTT > 50 s, plaquetas < 50000 / mm ³)
Doença cerebrovascular	Instabilidade hemodinâmica
Doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica)	Sepse
Esclerose múltipla	Ascites severas
Mal de Parkinson	Peritonite
Paralisia cerebral	Infecção da parede abdominal no local selecionado de colocação
Demência	Carcinomatose peritoneal acentuada
Tumor Cerebral	Órgãos interpostos (por exemplo, fígado, cólon)
Retardo psicomotor	História da gastrectomia total
Nível reduzido de consciência	Obstrução da saída gástrica (se estiver sendo usada para alimentação)
Ferimento na cabeça	Gastroparesia severa (se for usada para alimentação)
Pacientes de cuidados intensivos	
Coma prolongado	
Câncer	
Câncer de cabeça e pescoço	

Câncer de esôfago	Falta de consentimento informado para o procedimento
Queimaduras	
Anomalia congênita (por exemplo, fístula esofágica traqueia)	
Fístulas	
Fibrose cística	
Síndromes do intestino curto (como a doença de Crohn)	
Cirurgia facial	
Politrauma	
Insuficiência renal crônica	
HIV/AIDS	
Descompressão gástrica	
Malignidade abdominal	

Fonte: RAHNEMAI-AZAR, **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v.20, n.24, p.7739, 2014.

Complicações: A inserção de tubo GEP é considerado um procedimento seguro, contudo, complicações podem ocorrer com uma taxa variável a depender da população avaliada. Essas complicações podem ser classificadas como menores ou maiores (Quadro 2). Embora haja baixa mortalidade relacionada ao procedimento na maioria dos estudos, a taxa de mortalidade pode aumentar em pacientes com comorbidades associadas (RAHNEMAI-AZAR, 2014).

As complicações da GEP, classificadas como menores, incluem infecção periestomal, dor no local da punção, extravazamento de conteúdo gástrico, alargamento do estoma, dermatite, tecido de granulação, sangramentos menores, hematomas pequenos, pneumoperitônio, íleo temporário, obstrução do trato de saída gástrico, saída acidental tardia da sonda e fístula gastrocutânea persistente após a retirada da sonda. As complicações classificadas como maiores incluem sepultamento do retentor interno (SRI), fasciíte necrotizante, peritonite, broncoaspiração, implante metastático no estoma, perfurações de vísceras ocas ou órgãos sólidos, sangramentos maiores, hematomas expansivos ou volumosos da parede abdominal ou gástrica, fístula gastrocolocutânea e saída acidental precoce da sonda (MANSUR et al., 2010).

A prevenção da maioria das complicações da GEP inclui a realização de técnica cirúrgica apropriada, profilaxia antibiótica e cuidados na manipulação da sonda pós-implantação. O acompanhamento sistemático dos pacientes pela equipe, a educação e

treinamento dos cuidadores são ações que contribuem para o controle das complicações (MANSUR et al., 2010).

RECOMENDAÇÕES: O treinamento continuado da equipe médica e o acompanhamento regular dos pacientes submetidos à GEP podem ser fatores associados com a redução da morbimortalidade das complicações da gastrostomia (GRAU DE RECOMENDAÇÃO: D).

Quadro 2: Complicações da gastrostomia endoscópica percutânea baseado em consensos nacionais e internacionais de Endoscopia Digestiva.

COMPLICAÇÕES MENORES	COMPLICAÇÕES MAIORES
Infecção peristomal	Broncoaspiração /Pneumonia por aspiração
Vazamento do tubo para a cavidade abdominal (peritonite)	Hemorragia
Vazamento periostomático	Fasciite necrotizante
Formação de granuloma	Retirada acidental precoce
Remoção inadvertida de GEP	Sepultamento do retentor interno (SRI)
Degradação da sonda	Perfuração de víscera oca ou órgão sólido
Pneumoperitônio	Fístula gastrocolocutânea
Obstrução da sonda	Implante tumoral no estoma (Semeadura metastática)
Retirada acidental tardia	

Fonte: RAHNEMAI-AZAR, *World Journal of Gastroenterology: WJG*, v.20, n.24, p.7739, 2014.

Cuidados pré-gastrostomia: o período pré-operatório é o momento no qual o paciente obtém a informação a respeito do procedimento cirúrgico a ser realizado (PAULA; PAULA; CESARETTI, 2014). O consentimento informado deve ser obtido dos pacientes ou de seus representantes legais. A intenção do consentimento informado é melhorar o cuidado do paciente, fornecendo ao paciente informações completas sobre os riscos, benefícios e os ônus da alimentação por sonda antes da inserção da GEP (RAHNEMAI-AZAR, 2014).

Nesta etapa pré-operatória procede a avaliação das condições da pele, presença de doenças sistêmicas associadas e verificação da percepção e entendimento relacionado ao procedimento. Essa assistência também visa explicar ao cliente e à sua família sobre a importância do procedimento quanto ao atendimento das necessidades nutricionais (LINO; JESUS, 2013). Os pacientes devem jejuar durante 8 horas e receber antibióticos profiláticos 1 hora antes da colocação do tubo GEP. O padrão-ouro atual é a administração intravenosa de 1-2g de cefazolina na primeira hora antes da inserção do tubo (RAHNEMAI-AZAR, 2014).

Cuidados pós-gastrostomia: Após a inserção do tubo de GEP, deve-se administrar medicação adequada para alívio da dor. Muitos pacientes relatam desconforto abdominal após a inserção do tubo da GEP devido à inflamação do estômago durante o procedimento. Tradicionalmente, a alimentação era adiada por 24 horas, devido o receio do risco de vazamento peritoneal após a alimentação. Muitos estudos investigaram a segurança de alimentação precoce de 1 hora a 6 horas após a inserção do GEP, incluindo uma meta-análise que descobriu que a alimentação iniciada logo após 4 horas após a colocação do GEP é segura (RAHNEMAI-AZAR, 2014).

No período pós-operatório também se faz necessário avaliar as condições da estomia, do efluente, a presença de complicações da estomia e pele periestoma, para assim realizar progressivamente as orientações de autocuidado ao paciente e cuidador, na preparação para alta, promovendo a reabilitação (PAULA; PAULA; CESARETTI, 2014).

4 RESPONSABILIDADE

Na Gastrostomia Endoscopia Percutânea os profissionais responsáveis pela assistência são:

Médico: gastroenterologista, gastrocirurgião, endoscopista - profissional responsável pela indicação e realização do procedimento, avaliação da gastrostomia, acompanhar a saúde do paciente, definir o tempo de troca, orientar, prescrever medicamentos quando necessário e acompanhar os pacientes em uso de nutrição enteral.

Médico anestesista: profissional responsável pela avaliação pré-anestésica, suporte anestésico e a monitorização do paciente durante o procedimento endoscópico.

Enfermeiro: enfermeiro capacitado ou enfermeiro estomaterapeuta a quem cabe capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem, pacientes e familiares quanto ao cuidado e manipulação do dispositivo, período de troca, cuidados com a pele ao redor do estoma e tratamento de complicações da pele. Responsável por realizar a administração da nutrição enteral e orientar sobre a sua administração em âmbito domiciliar.

Nutricionista: profissional que indicará a dieta mais adequada a ser oferecida ao paciente, visando a quantidade adequada de nutrientes, mantendo a saúde nutricional e evitando desnutrição ou obesidade. Responsável por realizar todas as operações inerentes à prescrição dietética, composição e orientação sobre a preparação da nutrição enteral. Orientar o paciente,

a família ou o responsável legal quanto à preparação e à utilização da nutrição enteral prescrita para o período após a alta hospitalar.

Fonoaudiólogo: profissional responsável pela avaliação para indicação do procedimento de gastrostomia, bem como a avaliação da capacidade de o paciente manter ainda a dieta por via oral e pelo ensino dos exercícios para a melhoria do processo de mastigação e deglutição. Responsável por realizar prescrição quanto à segurança da deglutição e à consistência de dieta por via oral.

Farmacêutico: profissional responsável por orientar sobre o uso de medicamentos por via enteral.

Psicólogo: profissional que auxiliará a família quanto à compreensão das necessidades do paciente, bem como a aceitação e adaptação à nova condição. Também ajudará a enfrentar as dificuldades, tomar decisões e encorajar a vida social da família e do paciente para lidar com essa nova situação.

Assistente Social: profissional que deverá ajudar a entender e buscar os direitos do paciente estomizado, os direitos frente à presença da deficiência e incentivar sua inclusão social.

Equipe multidisciplinar: além dos cuidados específicos de cada profissional, é imprescindível que a equipe multiprofissional exerça ações como:

- Participar do planejamento conjunto, execução e avaliação dos cuidados;
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;
- Participar de grupos de estudos e envolver-se em capacitações de novas técnicas e tecnologias e;
- Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar, orientar e fornecer, por escrito, as orientações pós GEP para usuários e responsáveis sobre os cuidados pós GEP no domicílio.

5 DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Padronização de procedimentos em linha com as melhores práticas de consenso na comunidade científica. Apesar da descrição das ações ser mais voltada para cuidados médicos e de enfermagem encontrada na literatura consultada, busca-se a inserção e atuação da equipe multidisciplinar durante todo o processo.

5.1 Cuidados pré-operatórios

- 1 - O preparo pré-operatório começa com investigação para avaliar possíveis contraindicações. Nesse momento, os profissionais envolvidos são os médicos (neurologista, gastro/endoscopista, cirurgião, anestesista), enfermeiro e fonoaudiólogo;
- 2 - Dentre os cuidados no pré-operatório mediato, está a suspensão de medicamentos que podem comprometer a anestesia e/ou o procedimento cirúrgico, como anticoagulantes, corticosteroides, diuréticos, insulina e fenotiazina, associada a um jejum de 8 horas;
- 3 - A orientação aos familiares quanto ao procedimento, seus riscos, complicações e o apoio psicológico estão entre as primeiras medidas a serem adotadas e envolve a equipe multiprofissional constituída por médicos (neurologistas, gastro/endoscopista, cirurgião, anestesista), enfermeiros, fonoaudiólogos e psicólogos. Informar que o procedimento implica um internamento que, na ausência de complicações, dura cerca de 24 horas;
- 4 - Termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu representante legal;
- 5 - Administração de antibiótico endovenoso 1 hora antes do procedimento (cefalosporina de 1ª geração – por exemplo: cefazolina 1g) para diminuir o risco de infecção no local de inserção da sonda. Se o doente for alérgico a penicilina, deverá optar por outro antibiótico com espectro de ação que inclua as bactérias Gram positivas. **A antibioticoprofilaxia em dose única 1 hora antes do procedimento é obrigatória (GRAU DE RECOMENDAÇÃO: A);**
- 6 - Os pacientes ficam em jejum de acordo com a faixa etária e dieta utilizada. Necessário jejum de pelo menos 8 horas para assegurar que a cavidade gástrica não tenha líquidos ou resíduos alimentares que impeçam o procedimento ou aumentem o risco de aspiração;
- 7 - A sonda a ser utilizada deve ser escolhida conforme a idade do paciente, em menores de um ano, 14 a 20Fr, e em maiores de um ano, de 20 a 24Fr e;
- 8 - Sempre no procedimento endoscópico deve ser feita a higiene bucal com clorexidina 0,12%, previamente ao procedimento.

5.2 Cuidados durante a realização de GEP - técnicas operatórias

- 1 - Após cuidados pré-operatórios adequados, o paciente é posicionado em decúbito dorsal e a anestesia geral ou sedação é realizada de acordo com os critérios do anestesilogista;
- 2 - Realiza-se a antisepsia do abdômen;
- 3 - O endoscopista posiciona o endoscópio no estômago e, então, é realizada a transiluminação da parede abdominal com o objetivo de observar se não há vísceras ou órgão sólido interposto

entre o estômago e a parede abdominal;

4 - A insuflação deve ser ideal para evitar a interposição de cólon, principalmente em crianças pequenas. O assistente realiza a digitopressão na parede abdominal, escolhendo o ponto da gastrostomia que deve ser, preferencialmente, na parede anterior da junção corpo-antra, correspondente ao quadrante superior esquerdo do abdômen;

5 - Realiza-se, então, a infiltração anestésica com lidocaína a 2% no ponto escolhido para a GEP, sob visualização endoscópica. O próximo passo é a escolha da técnica a ser utilizada e;

6 - São três as técnicas mais utilizadas para a realização de uma gastrostomia endoscópica: técnica *pull* (Gauderer-Ponsky), *push* (Sachs-Vine) e punção (Russel).

A técnica de tração (*Pull*) (Gauderer-Ponsky), descrita em 1980, é o método original e mais amplamente utilizado para a realização de gastrostomia atualmente (Figura 1). Neste método, um fio é inserido através de uma agulha na parede abdominal para dentro do estômago, apreendido com pinça de biópsia endoscópica e, em seguida, retirada através da boca. Subsequentemente, o fio é fixado à extremidade externa do tubo de alimentação. A partir daí a extremidade do fio exteriorizada na pele é puxada (por isso a técnica é chamada *Pull*), trazendo consigo a sonda através da boca, esôfago e estômago, até que o retentor interno situado em uma das extremidades do tubo fique justaposto à parede abdominal. Daí um tubo de gastrostomia é então fixado à extremidade transoral do fio e puxado através da boca e da parede abdominal do paciente, puxando a extremidade extra-abdominal do fio para avançar o tubo de gastrostomia (Figura 2) (RAHNEMAI-AZAR et al., 2014; TUCKER et al., 2003). O endoscópio é reintroduzido para verificar o correto posicionamento da sonda, sendo que a aproximação das paredes gástrica e abdominal é mantida por tração entre o anteparo interno o externo.

A principal desvantagem da técnica *pull* é o alto risco de contaminação ou implantação de tecido neoplásico na parede abdominal, visto que a sonda de gastrostomia percorre o trato gastrointestinal alto antes de se exteriorizar. A vantagem da técnica é sua simplicidade e segurança, sendo atualmente a mais utilizada pelos endoscopistas.

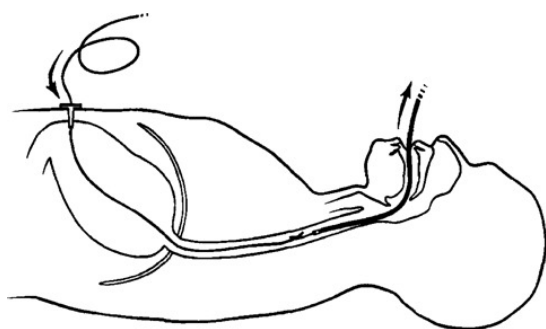


Figura 1. Técnica de tubo de gastrostomia endoscópica percutânea.

Um fio-guia é inserido através da parede abdominal sob orientação endoscópica, agarrado por uma alça através de uma porta no endoscópio, e subsequentemente avançado retrógrado através da boca do paciente (setas), deixando a extremidade restante para sair do paciente através da parede abdominal anterior.

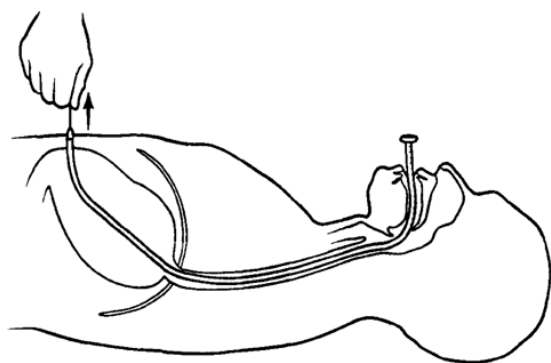


Figura 2. Técnica de tubo de gastrostomia endoscópica percutânea.

Um tubo de gastrostomia é preso à extremidade transoral do fio e puxado através da boca e da parede abdominal do paciente, puxando a extremidade extra-abdominal do arame (seta) para avançar o tubo de gastrostomia.

A técnica *push method* é aquela em que o cateter de gastrostomia é "empurrado" sobre um fio-guia até o seu posicionamento final na parede abdominal. O método de pulsão ou de empurrar (Sachs-Vine), descrito em 1983, difere do método de tração pelo fato da sonda ser empurrada (e não puxada) por sobre um fio-guia através da cavidade oral, esôfago, estômago e parede abdominal (MANSUR et al., 2010).

No método punção ou introdutor de Russell de colocação de GEP, descrito em 1984, após o endoscópio ser inserido e o local da GEP ser marcado, quatro fixadores de T são colocados antes da inserção do tubo de gastrostomia para fixar o estômago à parede abdominal anterior, para evitar o deslocamento da parede gástrica enquanto empurra o tubo de gastrostomia. Usando uma técnica de Seldinger, um pequeno fio-guia é passado transabdominalmente e visualizado com o endoscópio (Figura 3). Dilatadores em série são passados sobre o fio-guia para criar um trato estomacal; o endoscópio permanece no local para visualização e verificação da colocação do tubo de gastrostomia. Subsequentemente, um tubo de gastrostomia é inserido ou empurrado sobre o fio-guia, diretamente através da parede abdominal anterior (Figura 4) (TUCKER et al., 2003).

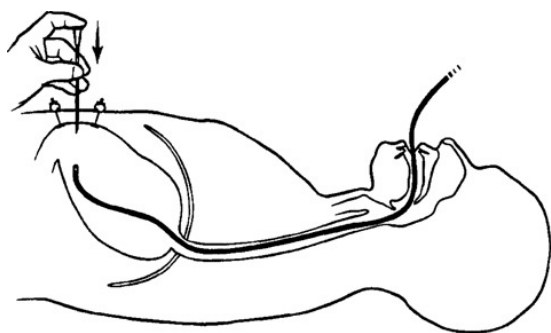


Figura 3. Técnica de tubo de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP).

Quatro fixadores de T são colocados circunferencialmente em torno do local da inserção planejada do PEG sob orientação endoscópica antes da inserção do tubo de gastrostomia para fixar o estômago à parede abdominal anterior. Usando uma técnica de Seldinger, um pequeno fio-guia é passado transabdominalmente e visualizado com o endoscópio (seta).

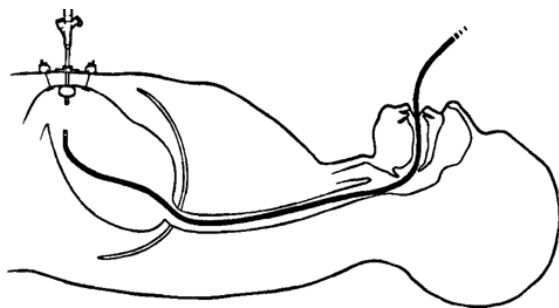


Figura 4. Técnica de tubo de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP).

Os dilatadores em série são passados pelo fio-guia para criar um trato estomacal sob visualização endoscópica. Subsequentemente, o tubo de gastrostomia de empurrar é inserido (empurrado) sobre o fio guia e através da parede abdominal anterior.

A comparação das diferentes técnicas endoscópicas mostrou que todas são equivalentes em termos de segurança, morbidade e sucesso no posicionamento da sonda. Não existe consenso na literatura, sobre qual é o melhor ou mais adequado método para a realização da GEP. **A escolha deve levar em consideração fatores como preferência e experiência pessoal com determinada técnica pelos médicos endoscopistas, disponibilidade de material no serviço, doença de base e quadro clínico e nosológico do paciente (GRAU DE RECOMENDAÇÃO: D) (MANSUR et al., 2010).**

5.3 Cuidados pós realização de GEP

Necessário garantir monitoramento por equipe multidisciplinar e capacitar as equipes para cuidar e orientar pacientes e familiares.

5.3.1 No início da dieta

Alguns trabalhos já demonstraram que o início da alimentação enteral, precocemente após a GEP, não apresenta complicações, o que torna desnecessária a reposição volêmica ou suporte calórico por via parenteral (MELLO, 2012).

1 - Recomenda-se dieta zero via sonda de gastrostomia percutânea durante 4 horas. Após esse período, caso não tenha alterações, está liberada dieta via sonda de gastrostomia, conforme orientação médica ou do nutricionista;

RECOMENDAÇÕES: A alimentação precoce (dentro das primeiras 3 a 4 horas) é considerada uma opção segura e bem tolerada pelos pacientes, diminuindo o tempo de hospitalização e custos de internação (GRAU DE RECOMENDAÇÃO: A) (MANSUR et

al., 2010).

2 - Orientar o familiar a manter limpo o local do preparo da alimentação, lavar sempre as mãos antes e depois do preparo das dietas e;

3 - Orientar o paciente a seguir a alimentação indicada pelo médico ou nutricionista.

5.3.2 Cuidados gerais com a sonda

1 - Inflar o balão da sonda com água destilada no volume recomendado pelo fabricante; não utilizar ar ou soro fisiológico para inflar o balão, pois o ar poderá vazar e causar o esvaziamento do balão e o soro fisiológico poderá cristalizar, causando obstruções;

2 - Após as primeiras 24 horas, a sonda de gastrostomia deve ser observada para avaliar se o anteparo externo não está muito justo devido ao edema pós-operatório da parede abdominal. Caso seja detectada tal situação, o anteparo externo deve ser ligeiramente afrouxado e na medida do possível, manter a base inicial da sonda em ângulo de 90 graus em relação à parede abdominal;

3 - A sonda e seus componentes (tampa e roldana externa) devem ser higienizados e inspecionados diariamente para verificar rachaduras ou sinais de deterioração, cuidar para não ocorrer vazamentos se a sonda não estiver em uso;

4 - A vida média da sonda é de três a seis meses, dependendo do cuidado dispensado a ela, esse período pode ser prolongado até 18 meses, desde que a sonda se mantenha íntegra, após esse período deverá ser substituída;

5 - Manter a sonda fechada nos intervalos da alimentação, se ocorrer a quebra da tampa da sonda, pode-se utilizar um extensor para sonda ou a tampa de uma sonda vesical de três vias;

6 - Comunicar à equipe médica quando ocorrer remoção acidental ou intencional da sonda, é prioritário evitar o fechamento precoce da fístula gastrocutânea. Se a remoção ocorrer entre o 7º e 10º dias após a realização da GEP, a sonda deverá ser repassada no setor de endoscopia, se o estoma já se encontrar formado, o médico ou a enfermeira poderão repassar a sonda pelo mesmo orifício;

7 - O volume de água do balão da sonda deverá ser checado a cada sete dias. É importante comparar o volume retirado com o volume original infundido, a perda de volume superior a cinco ml sugere vazamento de líquido, nas sondas de menores calibres (14 ou 16 Fr), considerar perda de volume superior a um ml, pois são preenchidas com menor volume (de 3 a 5 ml);

8 - A sonda deve ser mobilizada (sentido horário e anti-horário) e lavada com 40 ml de água filtrada antes e após cada dieta e;

9 - Em relação à manutenção dos cateteres recomenda-se a irrigação antes e depois da aplicação da nutrição enteral ou a administração de medicamentos, essa medida visa a evitar a obstrução, sendo a água a melhor opção para esse cuidado. A irrigação deve ser realizada também a cada quatro ou seis horas se a infusão da nutrição enteral for contínua ou na troca do frasco da nutrição. O volume de água para a irrigação pode variar dependendo da idade e necessidade de cada paciente, entretanto a recomendação é de um volume de 15 ml a 40 ml de água morna em seringa de 20 ml a 60 ml aplicada com pressão regular. Seringas menores produzem pressão muito alta com risco de ruptura do cateter (LINO; JESUS, 2013 *apud* FOREST-LALANDE, 2011).

OBSERVAÇÃO: Em caso de emergência e/ou na ausência de um dispositivo específico para gastrostomia, é frequentemente utilizada a colocação de uma sonda Foley, com o objetivo de evitar que o estoma se feche e alimentar o paciente até a colocação do dispositivo adequado.

5.3.3 Cuidados gerais na administração de dieta e medicamentos pela sonda

Padronizar as recomendações quanto ao preparo e à administração de medicamentos via sonda de gastrostomia.

1 - A higiene é fundamental para o preparo da dieta. Lavar sempre as mãos, orientar o familiar a manter limpo o local do preparo da alimentação;

2 - Antes de infundir a dieta, verificar o resíduo gástrico com o auxílio de uma seringa. Se o volume for maior que 100 ml, devolvê-lo ao estômago e não infundir a dieta desse horário. Após, lavar a sonda com 10 a 20 ml de água morna filtrada;

OBSERVAÇÃO: Em pediatria não é verificado resíduo gástrico para pacientes com GEP, é necessário que a equipe esteja atenta para distensão abdominal, náuseas e vômitos antes e durante a administração da dieta.

3 - Após administração de dieta e/ou medicamentos e/ou aspiração de resíduo gástrico, lavar a sonda com 10 a 20 ml de água morna filtrada. Se houve administração de dieta de forma contínua é imprescindível lavar a sonda a cada 4 horas. Orientar o paciente a seguir a alimentação indicada pelo nutricionista;

4 - Administrar a dieta sempre em temperatura ambiente e lentamente, para evitar quadros de diarreia, flatulência e desconforto abdominal;

- 5 - Durante a administração da dieta e por mais uma hora, manter a cabeceira da cama do paciente elevada entre 30° e 45°, a menos que contraindicado, para evitar a regurgitação e possível aspiração;
- 6 - O gotejamento deve ser lento, sendo recomendado o tempo de uma hora. Também é possível administrar a dieta através de uma seringa de 60ml (“bolus”), devendo ser o alimento introduzido lentamente, quantas vezes for necessário, até atingir a quantidade indicada da dieta. É importante seguir os mesmos cuidados de higiene das mãos, posição do paciente e tempo para passar a dieta;
- 7 - A administração de medicamentos deverá ser feita sempre por “bolus” com seringa. Atentar para lavar a sonda antes e após administrar cada medicamento;
- 8 - Caso os medicamentos não estejam na forma líquida (comprimidos/drágeas), buscar informação junto ao médico ou farmacêutico para verificar a possibilidade de triturá-los e diluir em água. Aspirar o conteúdo com uma seringa e injetar no dispositivo. Administrar a medicação lentamente. Diluir medicamentos líquidos com pelo menos volume igual de água, além de administrar separadamente comprimidos e diluí-los antes;
- 9 - Manter os cuidados de limpeza e higiene do dispositivo, injetando 40ml de água à temperatura ambiente após cada administração da dieta enteral e dos medicamentos para evitar a obstrução;
- 10 - Realizar higiene oral do paciente no mínimo três vezes ao dia e;
- 11 - Manter a sonda fechada após o uso.

5.3.4 Cuidados gerais com a pele

- 1 - Retirar curativo 24h após o procedimento;
- 2 - Limpeza diária perigastrostomia com soro fisiológico 0,9%, secar com uma gaze. Em domicílio, a limpeza pode ser feita com água, sabão neutro e gaze;
- 3 - Lavar esse local nas duas primeiras semanas com soro fisiológico até a cicatrização completa, com auxílio de uma gaze, porém não é necessário a gaze permanecer no local do orifício;
- 4 - Inspeccionar a pele ao redor da gastrostomia diariamente para identificar eritema, dor, edema, vazamentos. Uma discreta umidade pode ser encontrada, mas a pele deve permanecer íntegra e seca;
- 5 - O dispositivo deve ser girado diariamente 360° graus (giro completo) para evitar a aderência do balão à parede abdominal;

- 6 - Observar diariamente a marcação da numeração do dispositivo;
- 7 - Manter a sonda com ligeira tração, deixando a roldana bem ajustada à pele;
- 8 - Verificar diariamente a pele sob a roldana externa da sonda, proteger a pele com creme barreira ou protetor cutâneo para evitar ulcerações locais;
- 9 - Após duas semanas, a pele poderá ser higienizada com água e sabão, de maneira leve, não sendo necessário o uso de esponjas. A gaze não será mais obrigatória;
- 10 - Verificar diariamente a presença de vazamento de secreção gástrica ou de dieta e examinar a inserção da sonda, observando a existência de sinais e sintomas de infecção como: eritema, edema, dor, presença de exsudato com odor fétido ou febre. Se presentes, comunicar a equipe médica;
- 11 - Não fixar a sonda com adesivos, pois o uso frequente de adesivos pode causar danos à pele. Prefira utilizar uma faixa ou uma rede tubular abdominal, pois isso evita que o dispositivo fique tracionado, evitando também o alargamento do estoma. Já existe no mercado faixas tipo cintas próprias para quem tem gastrostomia;
- 12 - Não devem ser utilizados na pele ao redor do estoma, produtos como álcool, cremes, pomadas, colônias sem indicação de profissional da saúde, pois podem causar erupção da pele e alergias;
- 13 - Após 8 a 12 semanas do procedimento inicial, quando existe aderência adequada entre o estômago e a parede abdominal, as sondas de GEP podem ser substituídas por dispositivo rente à pele ou *bottons* e;
- 14 - Quando o cateter não é mais necessário, ele pode ser removido por tração, mantendo-se o orifício do estoma com curativo oclusivo, obtendo-se o fechamento espontâneo de um a dois meses.

5.3.5 Conduta diante das complicações cutâneas mais comuns

Observar as complicações imediatas, como sangramentos importantes, dor abdominal intensa ou distensão abdominal. Caso o paciente evolua com complicações do procedimento, entrar em contato com o setor de endoscopia do HUPES ou acionar o plantonista do hospital.

- 1 - Observar o local do orifício (estoma), se presença de vermelhidão ao redor da gastrostomia ou crescimento de tecido avermelhado pode indicar que a pele está permanecendo úmida por muito tempo. Nesse caso, recomenda-se fazer a higiene local com maior frequência, secando a pele após a higiene e realizando a proteção desse local com curativo, trocando-o sempre que estiver úmido. Exemplos de curativos: gaze, espuma de poliuretano, curativo de filme

transparente ou de silicone, anel ou pasta de hidrocolóide. Protetores de barreira, creme ou spray e pó de resina para cuidados com estomas também podem ser utilizados, após a avaliação do profissional de saúde.

Quadro 3: Complicações de pele mais frequentes segundo cuidados específicos em pacientes submetidos à GEP.

COMPLICAÇÕES	CUIDADOS
<p>Hiperemia Infecção na inserção da sonda:</p> <p>Pode se apresentar com vermelhidão, calor local, dor e edema na inserção da sonda; pode haver saída de secreção, com odor forte, fétido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene da pele periestoma com água e sabão neutro três vezes ao dia e sempre que necessário; - Aplicar protetor cutâneo ou creme barreira na pele periestoma e; - Manter roldana externa da sonda ajustada à pele. <p>Pode ter relação com falta de higiene, infecção local, vazamento pela inserção da sonda, entre outros. Manter a inserção limpa e seca é o objetivo e o médico deve ser contactado para avaliar a necessidade de antibióticoterapia</p>
<p>Vazamento periestoma</p> <p>Pequenos vazamentos nos primeiros dias da inserção podem ser normais; Volumes maiores podem ser decorrentes de infecções fúngicas, bacterianas, hipergranulação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene da pele periestoma com água e sabão neutro três vezes ao dia e sempre que necessária; - Verificar a quantidade de água destilada no balão da sonda e ajustá-la ao volume indicado na sonda; - Aplicar protetor cutâneo ou creme barreira na pele periestoma; - Se necessário, manter espuma de poliuretano entre a pele e o anel e; - Manter anel da sonda ajustado à pele/espuma de poliuretano.
<p>Granuloma</p> <p>Crescimento de tecido avermelhado, podendo ocorrer pequenos sangramentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene da pele periestoma com NaCl 20% e manter gaze embebida com a solução por 10 minutos, três vezes ao dia; - Secar a pele ao retirar a compressa; - Aplicar protetor cutâneo ou creme barreira na pele periestoma e; - Manter anel da sonda ajustado à pele.
<p>Estomia dilatada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene da pele periestoma com água e sabão; - Esvaziar o balão da sonda; - Retirar a sonda no período noturno, realizando curativo oclusivo no local; manter ocluído por 6 a 8 horas, para que a pele contraia e diminua o diâmetro do estoma, após esse período, repassar a sonda utilizando lidocaína gel; - Preencher o balão com água destilada conforme indicação do volume da sonda; - Realizar higiene da pele periestoma com água e sabão; - Aplicar protetor cutâneo ou creme barreira na pele periestoma e; - Manter anel da sonda ajustado à pele.

Fonte: Manual da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP.

Quadro 4: Complicações relacionadas com a sonda da gastrostomia e as complicações sistêmicas seguidas dos cuidados específicos.

COMPLICAÇÕES RELACIONADOS A SONDA	CUIDADOS
<p>• Deslocamento da sonda</p> <p>Pacientes com perda de cognição e consciência necessitam maiores precauções para evitar o deslocamento da sonda de gastrostomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar a cada manipulação o posicionamento do tubo; - Pode ser avaliado certificando-se a marcação em centímetros, se essa mantém igual ao dia da inserção; variação em mais de 6 milímetros deve ser comunicada a equipe de saúde e; - Na suspeita de deslocamento, interrompa a dieta e faça contato com a equipe de saúde.
<p>• Obstrução da sonda</p> <p>Ocorre geralmente com medicações parcialmente esmagadas ou não lavagem da sonda antes e após as alimentações/medicações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pode-se pressionar a sonda deslizando o indicador e polegar, tentar aspirar o conteúdo e; - Lavar com água morna (30 ml) é indicado como a melhor solução. Se não houver êxito, pode necessitar a troca do tubo.
<p>• Saída acidental da sonda</p> <p>É quando a sonda é puxada inadvertidamente, saindo do orifício de inserção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se ocorrer entre 7-10 dias é maior o risco de o estoma fechar em poucas horas (4hs), necessitando ser recolocada o quando antes no centro endoscópico; - Após aproximadamente 10 dias (com estoma maduro), um tubo de substituição pode ser recolocado na mesma via sem necessitar de endoscopia e; - A equipe de saúde precisa ser comunicada.
<p>• Síndrome de Buried Bumper (BBS) ou Síndrome do fixador enterrado</p> <p>Ocorre quando o fixador interno é tracionado, entrando na parede gástrica, ficando entre o estômago e a pele. Causa dor abdominal, incapacidade de infundir a dieta. É uma complicação considerada grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Neste caso, deve-se interromper a dieta; - Pode-se tentar suavemente empurrar o tubo para dentro e; - Deve ser feito contato com a equipe de saúde.
COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	CUIDADOS
<p>• Broncoaspiração</p> <p>Ocorre quando o conteúdo orofaríngeo ou gástrico é inalado para os pulmões.</p>	<p>Para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevar a cabeceira em no mínimo 30° durante e pelo menos 30 minutos após a alimentação; - Usar medicamentos que reduzam o refluxo, conforme indicação médica pode ajudar; - Medir o volume gástrico residual e; - Caso ocorra, pare a dieta, avalie a respiração do paciente e contate a equipe de saúde imediatamente

<p>• Constipação</p> <p>Pode ser devido à baixa administração de fluidos (líquidos), gorduras insaturadas ou fibras. A pouca atividade física (movimentação) também favorece.</p>	<p>- Aumentar a ingestão hídrica conforme orientação nutricional e;</p> <p>- Verificar o suporte adequado de lipídios bem como movimentar-se sempre que possível podem auxiliar na melhora da frequência intestinal</p>
<p>• Diarreia</p> <p>Pode ocorrer por contaminação do alimento, pela interação entre medicações tipo elixir que contenham sorbitol com a alimentação enteral e;</p> <p>Dieta fria e intolerância à lactose também podem ser causas.</p>	<p>É importante:</p> <p>- Anotar o número de evacuações/dia, como elas são (pode fotografar para mostrar para alguém da equipe de saúde);</p> <p>- Manter cuidados de higiene com a alimentação e;</p> <p>- Pode necessitar aumento do aporte hídrico nesse período e deve ser avaliado pela equipe de saúde.</p>
<p>• Náuseas e vômitos</p> <p>Podem ter relação com o tipo de fórmula da dieta, infusão rápida, intolerância a lactose, excesso de gordura na dieta.</p>	<p>- Diluir adequadamente a fórmula;</p> <p>- Diminuir a velocidade de infusão;</p> <p>- Reduzir gordura e lactose se for indicado;</p> <p>- Seguir as orientações da cabeceira elevada durante a administração de medicamentos/ alimentação e;</p> <p>- Entrar em contato com a equipe de saúde se não houver melhora com essas medidas.</p>

Fonte: MEDEIROS, Michele. **Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia**. Orlandi Honório Locks, 2017. 186p.

5.4 Orientações ao paciente, familiares e cuidadores no momento da alta

Fornecer orientações ao paciente/família quanto aos cuidados pós alta com a alimentação, no manuseio da sonda de gastrostomia e na ocorrência de complicações no domicílio, que estão descritas no folder (APÊNDICE 3) que deverá ser entregue no momento da alta.

5.4.1 Cuidando da gastrostomia em casa

- 1 - Inspeccionar a pele ao redor da gastrostomia diariamente. Uma discreta umidade pode ser encontrada, mas a pele deve permanecer íntegra e seca;
- 2 - Antes de limpar o estoma (orifício), lave as mãos com água e sabão. Seque-as bem. Não é necessário o uso de luvas estéreis;
- 3 - Após 24hs da inserção do tubo não é necessário cobrir com gazes o local da gastrostomia;
- 4 - Nos primeiros 10 dias, limpar o local diariamente com soro fisiológico e gaze estéril. Manter a pele limpa e seca;

5 - Após 10 dias, a limpeza diária deverá ser feita com água e sabão neutro usando uma gaze, duas vezes ao dia ou mais quando necessário. Secar o local cuidadosamente com panos macios ou gaze, sem fazer fricção. Porém, não é necessário permanecer gaze no local;

6 - Observar diariamente a marcação da numeração do tubo. Quando o tubo está encostado na parede do estômago e corretamente no lugar, ao chegar em casa você pode marcar com caneta de tinta permanente o local onde o tubo sai do estômago. Então você pode facilmente verificar se o tubo está corretamente no lugar, olhando para a marca;

7 - O tubo deve ser girado diariamente, nas duas primeiras semanas para evitar a aderência do balão à parede abdominal e garantir que o tubo se desloque livremente e;

8 - Durante um banho, lembre-se: prenda o tubo antes de tomar banho; evite água quente demais, pois pode irritar a pele macia no local tubo; use apenas sabonetes suaves e panos macios e; higienize a boca e escove os dentes, mesmo que não esteja alimentando-se pela boca.

5.4.2 Cuidados na administração da alimentação e medicação

1 - Antes do preparo da dieta, é necessário realizar a lavagem adequada das mãos, dos alimentos e de todo material que será utilizado, bem como dos utensílios e da bancada onde se realizará a manipulação dos alimentos;

2 - O preparo junto com as porções da dieta terão que seguir rigorosamente a orientação dada pelo nutricionista;

3 - A administração da dieta deve ser feita em temperatura ambiente. Se a dieta estiver guardada na geladeira, é preciso retirá-la antes e deixar em temperatura ambiente por 30 minutos a fim de deixá-la adequada ao uso;

4 - Manter o paciente sentado ou com travesseiros nas costas para receber a dieta. Nunca administre a dieta com o paciente deitado para evitar vômitos e o risco de pneumonia. O paciente deverá estar em postura mais elevada durante toda a infusão da dieta e 30 minutos após o término. Esta medida é importante para evitar refluxo;

5 - Examine o tubo, procurando dobras ou bloqueios que impeçam o líquido a ser infundido;

6 - Lavar o tubo antes e após refeições e remédios com 40 ml de água ou soro fisiológico, para evitar acúmulo de resíduos e entupimento da sonda;

7 - A administração de medicamentos deverá ser feita sempre com seringa. Caso os medicamentos não estejam na forma líquida (comprimidos/drágeas), entre em contato com o médico ou farmacêutico para verificar a possibilidade de triturá-los e diluir em água e;

8 - Infundir a dieta lentamente através de seringa ou gotejamento (por meio de frasco), gota a

gota, para evitar diarreia, distensão abdominal, vômitos e má absorção. Se houver dor, pare imediatamente e procure uma unidade de saúde.

5.4.3 Quais problemas poderão ocorrer com uma gastrostomia?

1 - Vazamento em torno da sonda de gastrostomia; Canal de alimentação obstruído; Drenagem em torno da gastrostomia;

2 - Formação de granuloma (pele vermelha que surge ao redor do orifício, que pode ser ocasionada pela umidade excessiva associada à fricção do cateter no estoma);

3 - Vômitos ou diarreia, além da quebra do tubo;

4 - Se houver uma grande quantidade de drenagem ao redor do tubo, principalmente se houver pus;

5 - Se tiver febre de 37,8 ° C ou superior. Se tiver dor de forte intensidade com a alimentação e;

6 - Se o tubo sair. Não é perigoso, mas a abertura pode fechar muito rapidamente, por isto um novo tubo precisa ser colocado antes que isso aconteça.

OBSERVAÇÃO: Procurar uma unidade de saúde imediatamente.

6. MONITORAMENTO (Resultados esperados e indicadores)

Com objetivo de diminuir o risco de complicações, para o monitoramento do procedimento de gastrostomia endoscópica, pode-se utilizar indicadores de processos e resultados:

- Percentual (%) de clientes submetidos a avaliação de risco para desenvolvimento de complicações;
- Taxa de Incidência de complicações: n° de casos de complicações x 100 / n° de pacientes submetidos a GEP/dia;
- Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco e;
- Taxa de adesão dos profissionais à Lista de Verificação (Protocolo de cirurgia segura).

Nos cuidados pré-operatórios, que incluem qualquer contato entre a equipe de endoscopia (médicos e enfermeiros) e o paciente antes da sedação ou da introdução do aparelho, fatores como: a indicação precisa, termo de consentimento informado assinado, avaliação do status clínico do paciente, dos riscos do procedimento e minimização dos riscos devem ser

considerados. Fatores importantes para a minimização dos riscos correspondem ao uso de antibioticoprofilaxia, avaliação do uso de anticoagulantes, do melhor momento para a realização do procedimento e o plano de sedação.

Nos cuidados durante a realização de GEP, os indicadores de qualidade incluem todos os aspectos relacionados ao procedimento em si, sua documentação, a documentação dos agentes medicamentosos empregados e o monitoramento do paciente. Especificamente, para a realização da GEP, durante este período é importante a observação de contraindicações como a presença de neoplasias e obstruções e da transiluminação.

Após a retirada do aparelho, o período do pós-operatório estende-se para o acompanhamento do paciente até estar bem acordado. O laudo do exame, a alta do paciente da unidade de endoscopia e todas as instruções e recomendações repassadas a ele e seus acompanhantes devem ser verbais e documentadas por escrito. Seu acompanhamento também deve ser documentado e as taxas de complicação, observadas e registradas.

A estreita vigilância dos pacientes submetidos à GEP representa um dos principais fatores relacionados à menor taxa de complicações e ao diagnóstico precoce, o que permite melhor tratamento (MELLO, 2012). É importante desenvolver e acompanhar indicadores de qualidade para monitorar o desempenho e os resultados do protocolo, além de propor ações e melhorias sempre que necessário.

RECOMENDAÇÕES: A utilização de indicadores de qualidade na prática endoscópica e, mais especificamente, na GEP, é um importante mecanismo que pode favorecer a implementação de protocolos visando melhor atendimento ao paciente durante todos os estágios do procedimento. GRAU DE RECOMENDAÇÃO: D

7 ATUALIZAÇÃO/REVISÃO

Esse protocolo deve ser revisado a cada dois anos e atualizado sempre que se julgar necessário.

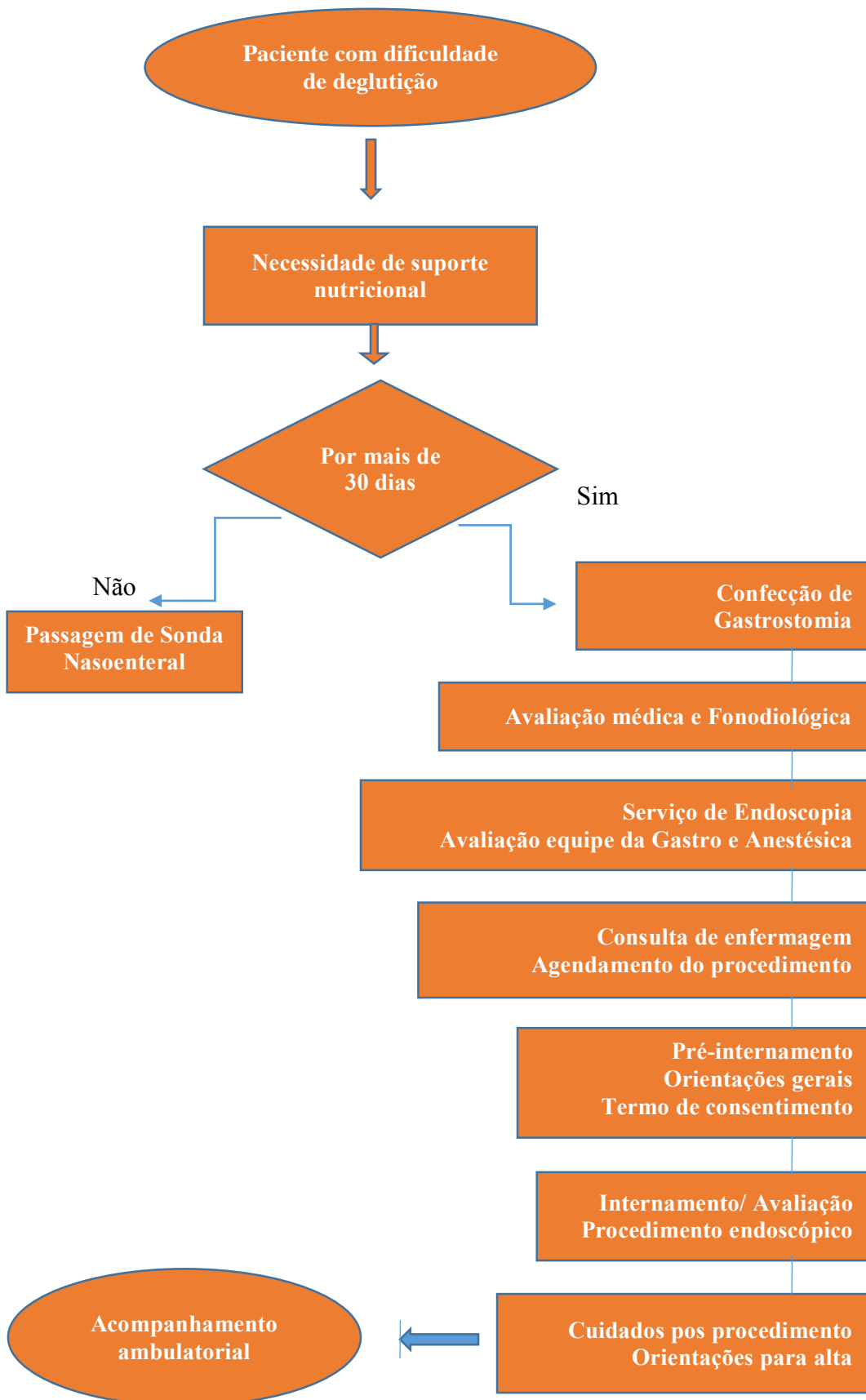
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo entrará em vigor a partir de sua homologação pela superintendência. A decisão de adotar alguma recomendação específica deverá ser tomada pelo profissional de saúde, tendo em conta os recursos disponíveis e as circunstâncias apresentadas pelo cliente em

particular. Nenhuma informação contida neste documento é considerada como uma recomendação clínica para casos específicos.

Vale ressaltar que a pessoa com estomia enfrenta situações adversas no seu processo de viver como alterações fisiológicas gastrintestinais, de autoestima e alterações de sua imagem corporal. O apoio dos profissionais e familiares nesse momento de mudança será extremamente importante e significativo para a reabilitação do paciente, para tanto, é necessário que a equipe multidisciplinar de saúde esteja preparada para oferecer suporte por meio da educação para o autocuidado focando a qualidade de vida desses pacientes.

A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma de suas diretrizes é a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. A promoção de estratégias de educação permanente também faz parte das diretrizes da portaria para o funcionamento da rede (BRASIL, 2012b).

ANEXO A: Fluxograma de atendimento ao paciente com necessidade de gastrostomia

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Estomoterapia, o que é?** 2017. Disponível em: <<http://www.sobest.com.br/texto/5>>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Troca de Gastrostomia e Jejunostomia**. Brasília/DF, 2013. PARECERCOFEN-06/2013/CTAS.

_____. CASA CIVIL, subchefia para assuntos Jurídicos. Lei nº 13.031, de 24 de setembro de 2014. **Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13031.htm>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012. **Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htm>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. **MANUAL DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/222842/1033900/Manual+de+Nutricao+Parenteral+e+Enteral.pdf/98898f78-942a-4e5-93be-4e13c63ee8cd>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RCD nº 63, de 6 de julho de 2000. **Aprova o Regulamento Técnico que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral**. Brasília, jul. 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 96p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambientedomiciliar.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional**. 1. ed., 1º reimpr. Brasília, 2015. (Caderno de Atenção Domiciliar; v.3).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. **Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. **PROTOCOLO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL DA COMISSÃO DE SUPORTE NUTRICIONAL**. Goiânia: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, 2014. 162p.

_____. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. Projeto Diretrizes. **Conduta em procedimentos endoscópicos digestivos na vigência terapêutica com anticoagulantes e/ou agentes antiplaquetários**. 2008.

_____. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Terapia nutricional: Indicadores de Qualidade**. Projeto Diretrizes: AMB, CFM; 2011. 11p.

_____. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital de Clínicas. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. **Nutrição enteral domiciliar: Manual do Usuário**. 2. ed. rev. Campinas – SP, 2011.

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins et al. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v.39, n.1, p.33-42, 2013.

D'AVILA, C. L. P.; OLIVEIRA, S. C. V.; JORGE, J. L.; NEUMAIER, M. F.; RIBEIRO, R. D. Gastrostomia endoscópica percutânea: análise de 31 pacientes do Hospital Governador Celso Ramos. **Arq. Catarin. Med.** [online]. v.37, n.4: p.57-63, 2008. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/613.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

FAIGEL, D. O. et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. **The American journal of gastroenterology**, v.101, n.4, p.866, 2006.

FOREST-LALANDE, Louise. Gastrostomias para nutrição enteral. Campinas: Lince, 2011. In: LINO, Alexandra I. A.; JESUS, Cristine A. C. de. Cuidado ao paciente com gastrostomia: uma revisão de literatura. **Estima**, São Paulo: SOBEST, v.11, n.3, p.28-34, jul./set. 2013.

FREIRE, Daniela de Aquino et al. Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. **REME Rev. Min. Enferm.** v.21, 2017.

GARCÍA, Carolina et al. Guías clínicas para la alimentación en pacientes com transtorno de la deglución. **Neumol Pediatr**, v.6, n.2, p.67-71, 2011.

JACQUES, Jacques Édison; GONÇALO, Cláudio Reis. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **INMR-Innovation & Management Review**, v.4, n.1, p.106-124, 2007.

LIMA, Priscila Sales de; BLANES, Leila; GOMES, Heitor Francisco de Carvalho. Manual educativo de cuidados à criança com gastrostomia: construção e validação. **REME Rev. Min. Enferm.** v.22, p.1123, 2018.

LIPP, Allyson; LUSARDI, Gail. Systemic antimicrobial prophylaxis for percutaneous endoscopic gastrostomy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.4, 2006.

LÖSER, Chr et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). **Clin Nutr**, v.24, n.5, p.848-61, 2005. Disponível em: <<https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

MANDARINO, A. P. G. et al. **Cartilha do Paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.ecosredenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=941>. Acesso em: 13 jul. 2018.

MANSUR, G. R.; MELLO, G. F. S.; GARCIA, F. L.; SANTOS, T. B. **Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG)**. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

MARTIN, L.; BLOMBERG, J.; LAGERGREN, P. Patient's perspectives of living with a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). **BMC Gastroenterology**. v.12, n.126, 2012.

MARTINS, A. C. F. **Perfil dos pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio** [Dissertação]. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP. 2013. 115p.

MATSUBA, Cláudia. **Enfermagem em Terapia Nutricional**. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=52>. Acesso em: 9 abr. 2018.

MATSUBARA, L. S.; PAIVA, S. A. R. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. **Rev. Nutr.** v.18, n.4, p.553-9, 2005.

MEDEIROS, Michele. **Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia**. Orlandi Honório Locks, 2017.186p.

MELLO, Gustavo Fancisco de Souza e; MANSUR, Gilberto Reynaldo. **Gastrostomia Endoscópica Percutânea: Técnicas e Aplicações**. – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

MINICUCCI, Marcos Ferreira et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. **Revista de Nutrição**. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, v.18, n.4, p.553-559, 2005. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/30521>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

NASCIMENTO, N. G.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Assistência de enfermagem à pacientes gastrostomizados baseada em evidências. **Revista de Enfermagem Cent-Oeste Min.** v.5, n.3, p.1885-1897, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/743/940>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

NETO, Andrade Franco et al. Trinta anos de gastrostomia endoscópica percutânea: uma revisão da literatura. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.20, n.4 supl.3, p.31-37, 2010.

PAULA, Maria Angela B.; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pub.** v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PERISSÉ, V. L. C. **O enfermeiro no cuidar e ensinar à família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar** [Dissertação]. Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2007.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015

PINHO, M. C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e Cognição**. v.8, p.68-87, 2006.

PONSKY, Jeffrey L.; GAUDERER, Michael W. L. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, limitations, techniques, and results. **World Journal of Surgery**, v.13, n.2, p.165-170, 1989.

RAHNEMAI-AZAR, Ata A. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v.20, n.24, p.7739, 2014.

RIMOLO, Amanda Peixoto. **Incidência de complicações e mortalidade em pacientes submetidos a duas técnicas de gastrostomia percutânea endoscópica em adultos** [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2017. 83p.

RODRIGUES, L. N.; SILVA, A. M. O.; XAVIER, M. S.; CHAVES, E. M. C. Complicações e cuidados relacionados ao uso do tubo de gastrostomia em pediatria. **ESTIMA**, Braz. J. Enterostomal Ther. v.16, 2018.

RODRIGUES, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SIMON, B. S.; GEWEHR, M. M.; SILVA, D. C. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria. v.39, n.1, p.33-42, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/7256/pdf_1>. Acesso em: 04 jan. 2018.

SANTOS, J. S; KEMP, R.; SANKARANKUTTI, A. K; JUNIOR, W. S; TIRAPELLI, L. F; JUNIOR, O. C. S. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. **Medicina**, Ribeirão Preto. v.44, n.1, p.39-50, 2011.

SCHNEID, S. et al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.47, n.2, p.104-114, 2003.

SIMONS, S.; REMINGTON, R. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube: a nurse's guide to PEG tubes. **Medsurg Nursing**, v.22, n.2, p.77-83, mar./abr. 2013.

SIMONS, Shellie; REMINGTON, Ruth. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube: a nurse's guide to PEG tubes. **Medsurg Nursing**, v.22, n.2, p.77, 2013.

SOUSA, Altamir Benedito de et al. **Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP**. CARUSO, Lúcia; SOUSA, Altamir Benedito de (orgs.); – São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; São Carlos, Editora Cubo, 2014.

SOUTO, Thayssa Castro. **Efeito da orientação multi ou uniprofissional na adaptação da alimentação do paciente em uso de nutrição enteral domiciliar.** 2016.

STRAUSS, F. F. S. **Administração de medicamentos por via gastrostomia: um levantamento das práticas de cuidadores e enfermeiros.** [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

TENO, J. M.; GONZALO, P.; MITCHELL, S. L.; FULTON, A. T.; MOR, V. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. **Archives of Internal Medicine.** v.172, n.9, p.697-701, 2012.

TUCKER, Anthony T. et al. 'Push' versus 'pull' percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with advanced head and neck cancer. **The laryngoscope,** v.113, n.11, p.1898-1902, 2003.

TUON, Lisiane; CERETTA, Luciane Bisognin. **Rede de cuidado à pessoa com deficiência.** v.1, 2017.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 90p.

WESTABY, David et al. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. **Gut,** v.59, n.12, p.1592-1605, 2010.

WIERNICKA, Anna et al. The protocol for a randomised-controlled trial of the evaluation of the tolerance and safety of early enteral nutrition in children after percutaneous endoscopic gastrostomy placement. (protocol version 09.01.2015). **BMC pediatrics,** v.16, n.1, p.163, 2016.

YAMADA, B. F. A.; PERES, C. S. V.; SANTOS, V. L. G. C. Granuloma em Gastronomia: Uma Alternativa Inovadora de Tratamento Tópico. **Rev. Estima,** v.2, n.4, p.11-14; 2014.

ZAPKA, Jane et al. Challenges in efficacy research: the case of feeding alternatives in patients with dementia. **Journal of advanced nursing,** v.70, n.9, p.2072-2085, 2014.

4.2 Folder com orientações para cuidados em domicílio

Imagem - Frente do folder.



As sondas de gastrostomia são trocadas, em média, a cada 6 meses ou quando apresentar qualquer problema, seja com o dispositivo ou com o orifício no paciente.

Eventualmente, o tubo de borracha rompe e fica mais difícil de usar. Muitas vezes, a ponteira utilizada para adicionar a alimentação quebra ou racha. Estes são sinais de que o tubo tem de ser substituído.

Para agendamento da troca, ligar para o serviço de endoscopia: (71) 3283-8060 | (71) 3283-8051

Fontes consultadas:
Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral do RJ
Progestro - <http://www.progestroinville.com.br>

**GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E
SEGURANÇA DO PACIENTE
UNIDADE DE GESTÃO DE RISCOS
ASSISTÊNCIAS
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**



**COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
PROFESSOR EDGARD SANTOS**
Rua Augusto Viana, s/nº, Canela - Salvador-BA CEP 40110-060
Central de Atendimento:
(71) 3283-8000 | (71) 3283-8051




**ORIENTAÇÕES
PARA O CUIDADO COM O
PACIENTE PÓS-GASTROSTOMIA
NO AMBIENTE DOMICILIAR**

Imagem - Verso do folder.

Para que o cuidado ao paciente em casa tenha bons resultados, é fundamental sua participação atenta e cuidadosa. A equipe do HUPES estará sempre disponível para apoiar o cuidador em suas atividades e dúvidas.

Você ou seu cuidador terá que aprender a cuidar da gastrostomia. A seguir algumas dicas e cuidados que você precisa saber para se sentir seguro e confortável para cuidar da gastrostomia em casa.

 **O que é a Gastrostomia?**

É uma abertura no estômago, realizada pelo médico, onde é passado um tubo de silicone para a alimentação e hidratação do paciente que não está se alimentando normalmente pela boca. Desta forma, alimentos líquidos são dados por meio de um tubo colocado na abertura no estômago. Um disco de plástico ou balão que fica no interior do estômago prende o tubo no lugar.



CUIDANDO DA GASTROSTOMIA EM CASA

A ferida operatória (estoma) deve ter aspecto saudável, limpo, seco e sem pruridos ou líquidos circundantes. Suiçidades, sangramento, prurido e pus fazem com que o curativo deva ser trocado para diminuir o risco de infecção da ferida.

- ✔ Antes de limpar a ferida, lave as mãos com água e sabão. Seque-as bem. Não é necessário o uso de luvas estéreis;
- ✔ Observar diariamente a marcação da numeração do dispositivo. Quando o tubo está encostado à parede do estômago e corretamente no lugar, você pode marcar com caneta de tinta permanente o local onde o tubo sai do estômago. Então você pode facilmente verificar se o tubo está corretamente no lugar, olhando para a marca.
- ✔ O tubo deve ser girado diariamente, nas duas primeiras semanas para evitar a aderência do balão à parede abdominal e garantir que o tubo se desloque livremente
- ✔ Inspecionar a pele ao redor da gastrostomia diariamente. Uma discreta umidade pode ser encontrada, mas a pele deve permanecer íntegra e seca;
- ✔ Limpe o estoma com sabão neutro e água morna usando uma gaze. Porém não é necessário permanecer com a gaze no local. Seque o local cuidadosamente com panos macios ou gaze, sem fazer fricção; Durante um banho, lembre-se:
- ✔ Prenda o tubo antes de tomar banho; Evite água quente demais pois pode irritar a pele macia no local tubo; Use apenas sabonetes suaves e panos macios; Higienize a boca e escove os dentes, mesmo que não esteja alimentando-se pela boca.

QUAIS PROBLEMAS POSSO TER COM UMA GASTROSTOMIA?

Vazamento em torno da sonda de gastrostomia;
Canal de alimentação obstruído;
Drenagem em torno da gastrostomia;
Formação de granuloma (pele vermelha que surge ao redor do orifício, que pode ser ocasionada pela umidade excessiva associada à fricção do cateter no estoma);
Vômitos ou diarreia;
Quebra do tubo.

Se houver muita drenagem ao redor do tubo, principalmente se houver pus.
Se tiver febre de 37,8 ° C ou superior.
Se tiver dor de forte intensidade com a alimentação.
Se o tubo sair. Não é perigoso, mas a abertura pode fechar muito rapidamente, por isto um novo tubo precisa ser colocado antes que isso aconteça.
Procurar uma unidade de saúde imediatamente.



4.3 Estratégia de validação do protocolo

4.3.1 Instrumento de avaliação – Questionário: Especialista Equipe Multiprofissional

Parte 1

Data: ____ / ____ / _____

1. Nome do Avaliador: _____

2. Profissão: _____

3. Tempo de formação: _____

4. Área de trabalho: _____

5. Tempo de trabalho na área: _____

6. Titulação: () Especialista, () Mestrado, () Doutorado

7. Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

() Gastrostomia, () Tecnologias educativas, () Validação de instrumentos, ()

Outros: _____

Parte 2

INSTRUÇÕES

Leia atentamente o protocolo. Em seguida, analise o instrumento, marcando um “X” em uma das alternativas que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo: 1- I - Inadequado; 2- PA - Parcialmente Adequado; 3- A - Adequado; 4- TA - Totalmente Adequado e; NA- Não se aplica.

QUESTÕES		RESPOSTAS				
1. Apresentação do protocolo						
1.1. As ilustrações utilizadas são expressivas e suficientes para facilitar o entendimento do conteúdo.	I	PA	A	TA	NA	
1.2. A fonte e tamanho de títulos e tópicos organizam claramente os capítulos.						
1.3. O número de páginas corresponde à necessidade das informações.						
2. Conteúdo do protocolo						
2.1. As mensagens estão passadas de forma clara e objetiva.						
2.2. As informações estão cientificamente corretas.						
2.3. O material está com linguagem apropriada ao público-alvo proposto.						
2.4. Os temas refletem os cuidados necessários ao paciente gastrostomizados.						
2.5. O protocolo contém informações necessárias para serem utilizadas pela equipe multiprofissional em suas atividades educativas.						
SUGESTÕES:						
DÚVIDAS (?):						

QUESTÕES		RESPOSTAS				
3. Profissionais envolvidos	RESPONSABILIDADE					
3.1. Médico: gastroenterologista, gastrocirurgião e endoscopista.	Profissional responsável pela indicação e realização do procedimento, avaliação da gastrostomia, acompanhar a saúde do paciente, definir tempo de troca, orientar, prescrever medicamentos quando necessário e acompanhar os pacientes em uso de nutrição enteral.	I	PA	A	TA	NA

3.2. Médico anestesista:	Profissional responsável pela avaliação pré-anestésica, suporte anestésico e a monitorização do paciente durante o procedimento endoscópico.	I	PA	A	TA	NA
3.3. Enfermeiro:	Enfermeiro capacitado ou enfermeiro estomaterapeuta, a quem cabe capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem, pacientes e familiares quanto ao cuidado e manipulação do dispositivo, período de troca, cuidados com a pele ao redor do estoma e tratamento de complicações da pele. Responsável por realizar a administração da nutrição enteral e orientar sobre a sua administração em âmbito domiciliar.	I	PA	A	TA	NA
3.4. Nutricionista:	Profissional que indicará a melhor dieta a ser oferecida ao paciente, visando a quantidade adequada de nutrientes, mantendo a saúde nutricional e evitando desnutrição ou obesidade. Responsável por realizar todas as operações inerentes à prescrição dietética, composição e orientação sobre a preparação da nutrição enteral. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição enteral prescrita para o período após a alta hospitalar.	I	PA	A	TA	NA
3.5 Fonoaudiólogo:	Profissional responsável pela avaliação para indicação do procedimento de gastrostomia, bem como a avaliação da capacidade de o paciente manter ainda a dieta por via oral e pelo ensino dos exercícios para melhoria do processo de mastigação e deglutição. Responsável por realizar prescrição quanto à segurança da deglutição e à consistência de dieta por via oral.	I	PA	A	TA	NA
3.6. Farmacêutico:	Profissional responsável por orientar sobre o uso de medicamentos por via enteral.	I	PA	A	TA	NA

3.7. Psicólogo:	Profissional que auxiliará a família quanto à compreensão das necessidades do paciente, bem como a aceitação e adaptação à nova condição. Também ajudará a enfrentar as dificuldades, tomar decisões e encorajar a vida social da família e do paciente para lidar com essa nova situação.	I	PA	A	TA	NA
3.8. Assistente Social	Profissional que deverá ajudar a entender e buscar os direitos do paciente estomizado, os direitos frente à presença da deficiência e incentivar sua inclusão social.	I	PA	A	TA	NA
3.9. Equipe multidisciplinar:	Além dos cuidados específicos de cada profissional, é imprescindível que a equipe multiprofissional exerça ações como: Participar do planejamento conjunto, execução e avaliação dos cuidados; Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário; Participar de grupos de estudos e envolver-se em capacitações de novas técnicas e tecnologias e; Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar, orientar e fornecer por escrito as orientações pós GEP para usuários e responsáveis sobre os cuidados pós GEP no domicílio.	I	PA	A	TA	NA
SUGESTÕES:						
DÚVIDAS (?):						

4. Estrutura e apresentação do Folder: Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

4.1. O material educativo é apropriado para a orientação de pacientes	I	PA	A	TA	NA
---	---	----	---	----	----

gastrostomizados em relação ao autocuidado com a ostomia.					
4.2. As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.					
4.3. As informações apresentadas estão cientificamente corretas.					
4.4. Há uma sequência lógica do conteúdo proposto.					
4.5. O material está adequado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.					
4.6. As informações são bem estruturadas em concordância e ortografia.					
4.7. O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.					
4.8. As informações da capa, contracapa e apresentação são coerentes.					
4.9. As ilustrações são expressivas e suficientes.					
4.10. O número de páginas está adequado.					
4.11. O tamanho do título e dos tópicos está adequado.					
SUGESTÕES:					
DÚVIDAS (?):					

5. Relevância: Refere-se a importância do material educativo apresentado. (Folder)					
	I	PA	A	TA	NA
5.1. O material propõe ao paciente adquirir conhecimento quanto ao manejo do autocuidado com a gastrostomia.					
5.2. Os temas retratam os aspectos-chave que devem ser reforçados.					
5.3. O material aborda os assuntos necessários para a prevenção de complicações.					
5.4. Está adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas.					
SUGESTÕES:					
DÚVIDAS (?):					

paciente, em menores de um ano de 14 a 20Fr e em maiores de um ano de 20 a 24Fr.									
SUGESTÃO:									
DÚVIDA (?):									
	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR
8 - Sempre no procedimento endoscópico, deve ser feita a higiene bucal com clorexidina 0,12%, previamente ao procedimento.									
SUGESTÃO:									
DÚVIDA (?):									

QUESTÕES	ADEQUAÇÃO DO CONTEÚDO			CLAREZA NA FORMULAÇÃO			PERTINÊNCIA		
	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR
CUIDADOS DURANTE A REALIZAÇÃO DE GEP - TÉCNICAS OPERATÓRIAS									
1 - Após cuidados pré-operatórios adequados, o paciente é posicionado em decúbito dorsal e a anestesia geral ou sedação é realizada de acordo com os critérios do anestesiológico.									
SUGESTÃO:									
DÚVIDA (?):									
	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR
2 - Realiza-se a antisepsia do abdômen.									
SUGESTÃO:									
DÚVIDA (?):									

<p>2.2 - Após as primeiras 24 horas, a sonda de gastrostomia deve ser observada para avaliar se o anteparo externo não está muito justo devido ao edema pós-operatório da parede abdominal. Caso seja detectada tal situação, o anteparo externo deve ser ligeiramente afrouxado, e na medida do possível, manter a base inicial da sonda em ângulo de 90 graus em relação à parede abdominal;</p>										
<p>2.3 - A sonda e seus componentes (tampa e roldana externa) devem ser higienizados e inspecionados diariamente para verificar rachaduras ou sinais de deterioração, cuidar para não ocorrer vazamentos se a sonda não estiver em uso;</p>										
<p>2.4 - A vida média da sonda é de três a seis meses, dependendo do cuidado dispensado a ela, esse período pode ser prolongado até 18 meses, desde que a sonda se mantenha íntegra, após esse período deverá ser substituída;</p>										
<p>2.5 - Manter a sonda fechada nos intervalos da alimentação. Se ocorrer a quebra da tampa da sonda, pode-se utilizar um extensor para sonda ou a tampa de uma sonda vesical de três vias;</p>										
<p>2.6 - Comunicar à equipe médica quando ocorrer remoção acidental ou intencional da sonda. É prioritário evitar o fechamento precoce da fistula gastrocutânea. Se a remoção ocorrer entre 7º e 10º dias após a realização da GEP, a sonda deverá ser repassada no setor de endoscopia, se o estoma já se encontrar formado, o médico ou a enfermeira poderão repassar a sonda pelo mesmo orifício;</p>										
<p>2.7 - O volume de água do balão da sonda deverá ser checado a cada sete dias. É importante comparar o volume retirado com o volume original infundido, a perda de volume superior a cinco ml sugere vazamento de líquido, nas sondas de menores calibres (14 ou 16Fr), considerar perda de volume superior a 1 ml, pois são preenchidas com menor volume (de 3 a 5 ml);</p>										
<p>2.8 - A sonda deve ser mobilizada (sentido horário e anti-horário) e lavada com 40 ml de água filtrada antes e após cada dieta e;</p>										

<p>2.9 - Em relação à manutenção dos cateteres recomenda-se a irrigação antes e depois da aplicação da nutrição enteral ou a administração de medicamentos, essa medida visa evitar a obstrução, sendo a água a melhor opção para esse cuidado. A irrigação deve ser realizada também a cada quatro ou seis horas se a infusão da nutrição enteral for contínua ou na troca do frasco da nutrição. O volume de água para a irrigação pode variar dependendo da idade e necessidade de cada paciente, entretanto a recomendação é de um volume de 15 ml a 40 ml de água morna em seringa de 20 ml a 60 ml aplicada com pressão regular.</p>										
SUGESTÃO:										
DÚVIDA (?):										
	ADEQUAÇÃO DO CONTEÚDO			CLAREZA NA FORMULAÇÃO			PERTINÊNCIA			
	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR	
<p>3 - CUIDADOS GERAIS NA ADMINISTRAÇÃO DE DIETA E MEDICAMENTOS PELA SONDA:</p>										
<p>3.1 - A higiene é fundamental para o preparo da dieta. Lavar sempre as mãos e orientar o familiar a manter limpo o local do preparo da alimentação;</p>										
<p>3.2 - Antes de infundir a dieta, verificar o resíduo gástrico com o auxílio de uma seringa. Se o volume for maior que 100 ml, devolvê-lo ao estômago e não infundir a dieta desse horário. Após, lavar a sonda com 10 a 20 ml de água morna filtrada. *Obs.: Em pediatria não é verificado resíduo gástrico para pacientes com GEP, é necessário que a equipe esteja atenta para distensão abdominal, náuseas e vômitos antes e durante a administração da dieta;</p>										
<p>3.3 – Após a administração de dieta e/ou medicamentos e/ou aspiração de resíduo gástrico lavar a sonda com 10 a 20 ml de água morna filtrada. Se houve administração de dieta de forma contínua é imprescindível lavar a sonda a cada quatro horas. Orientar o paciente a seguir a alimentação indicada pela nutricionista;</p>										

3.4 - Administrar a dieta sempre em temperatura ambiente e lentamente, para evitar quadros de diarreia, flatulência e desconforto abdominal;									
3.5 - Durante a administração da dieta e por mais uma hora, manter a cabeceira da cama do paciente elevada entre 30° e 45°, a menos que contraindicado, para evitar a regurgitação e possível aspiração;									
3.6 - O gotejamento deve ser lento, sendo recomendado o tempo de uma hora. Também é possível administrar a dieta através de uma seringa de 60ml (“bolus”), devendo ser o alimento introduzido lentamente, quantas vezes for necessário até atingir a quantidade indicada da dieta. É importante seguir os mesmos cuidados de higiene das mãos, posição do paciente e tempo para passar a dieta;									
3.7 - A administração dos medicamentos deverá ser feita sempre por “bolus” com seringa. Atentar para lavar a sonda antes e após administrar cada medicamento;									
3.8 - Caso os medicamentos não estejam na forma líquida (comprimidos/drágeas), buscar informação junto ao médico ou farmacêutico para verificar a possibilidade de triturá-los e diluir em água. Aspirar o conteúdo com uma seringa e injetar no dispositivo. Administrar a medicação lentamente. Diluir medicamentos líquidos com pelo menos volume igual de água, administrar separadamente comprimidos e diluí-los antes;									
3.9 - Manter os cuidados de limpeza e higiene do dispositivo, injetando 40ml de água à temperatura ambiente após cada administração da dieta enteral e dos medicamentos para evitar a obstrução;									
3.10 - Realizar higiene oral do paciente no mínimo três vezes ao dia e;									
3.11 - Manter a sonda fechada após o uso.									
SUGESTÃO:									
DUVIDA (?):									

SUGESTÃO:									
DÚVIDA (?):									
6 - ORIENTAÇÕES AO PACIENTE, FAMILIARES E CUIDADORES NO MOMENTO DA ALTA (DESCRITAS NO FOLDER)	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR
6.1 - Fornecer orientações ao paciente/família quanto aos cuidados pós alta com a alimentação, no manuseio da sonda de gastrostomia e na ocorrência de complicações no domicílio, que estão descritas no folder que deverá ser entregue no momento da alta.									
6.2 - Cuidando da gastrostomia em casa: <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele ao redor da gastrostomia diariamente. Uma discreta umidade pode ser encontrada, mas a pele deve permanecer íntegra e seca; • Antes de limpar o estoma (orifício), lave as mãos com água e sabão. Seque-as bem. Não é necessário o uso de luvas estéreis; • Após 24hs da inserção do tubo não é necessário cobrir com gazes o local da gastrostomia; • Nos primeiros 10 dias, limpar local diariamente com soro fisiológico e gaze estéril. Manter a pele limpa e seca; • Após 10 dias, a limpeza diária poderá ser feita com água e sabão neutro usando uma gaze, duas vezes ao dia ou mais quando necessário. Secar o local cuidadosamente com panos macios ou gaze, sem fazer fricção. Porém não é necessário a gaze permanecer no local; • Observar diariamente a marcação da numeração do tubo. Quando o tubo está encostado na parede do estômago e corretamente no lugar, ao chegar em casa você pode marcar com caneta de tinta permanente o local onde o tubo sai do estômago. Então você pode facilmente verificar se o tubo está corretamente no lugar, olhando para a marca; 	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR

<ul style="list-style-type: none"> • O tubo deve ser girado diariamente, nas 2 primeiras semanas para evitar a aderência do balão à parede abdominal e garantir que o tubo se desloque livremente e; • Durante o banho, lembre-se: prenda o tubo antes de tomar banho; evite água quente demais pois pode irritar a pele macia no local tubo; use apenas sabonetes suaves e panos macios; higienize a boca e escove os dentes, mesmo que não esteja alimentando-se pela boca. 										
<p>6.3 - Cuidados na administração da alimentação e medicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes do preparo da dieta, é necessário realizar a lavagem adequada das mãos, dos alimentos e de todo material que será utilizado, bem como dos utensílios e da bancada onde se realizará a manipulação dos alimentos; • O preparo e as porções da dieta terão que seguir rigorosamente a orientação dada pelo nutricionista; • A administração da dieta deve ser feita em temperatura ambiente. Se a dieta estiver guardada na geladeira, é preciso retirá-la antes e deixar em temperatura ambiente por 30 minutos a fim de deixá-la adequada ao uso; • Manter o paciente sentado ou com travesseiros nas costas para receber a dieta; • Nunca administre a dieta com o paciente deitado para evitar vômitos e o risco de pneumonia. O paciente deverá estar em postura mais elevada durante toda a infusão da dieta e 30 minutos após termino. Esta medida é importante para evitar refluxo; • Examine o tubo, procurando dobras ou bloqueios que impeçam o líquido a ser infundido; • Lavar o tubo antes e após refeições e remédios com 40 ml de água ou soro fisiológico, para evitar acúmulo de resíduos e entupimento da sonda e; • A administração de medicamentos deverá ser feita sempre com seringa. Caso os medicamentos não estejam na forma líquida (comprimidos/drágeas), entre em contato com o médico ou 	SIM	NÃO	?	SIM	NÃO	?	MANTER	MODIFICAR	EXCLUIR	

farmacêutico para verificar a possibilidade de triturá-los e diluir em água. Infundir a dieta lentamente através de seringa ou gotejamento (por meio de frasco), gota a gota, para evitar diarreia, distensão abdominal, vômitos e má absorção.

Se houver dor, pare imediatamente e procure uma unidade de saúde!

SUGESTÃO:

DÚVIDA (?):

4.4 Carta convite aos especialistas e TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Caro(a) senhor(a)

Este é um convite para você participar da VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL EM GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA, que tem como pesquisadora responsável Leida Freire de Oliveira Silva. Esta pesquisa pretende construir e validar um protocolo de cuidados à pessoa que será submetida a gastrostomia.

Considerando sua capacitação profissional e seu conhecimento sobre procedimentos endoscópicos e protocolos assistenciais, venho por meio deste solicitar sua colaboração no sentido de analisar o material em anexo, o qual compõe uma proposta de **Protocolo de cuidados aos pacientes submetidos a gastrostomia**, a ser utilizado no Hospital Universitário Professor Edgard Santos. A proposta de protocolo tem por objetivo melhorar o acolhimento aos usuários do Serviço de Endoscopia do referido hospital, especificamente dos usuários submetidos a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). A elaboração dessa proposta de protocolo fez parte da dissertação de mestrado, intitulada “PROTOCOLO DE CUIDADOS EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL”, desenvolvida no curso no **MP em Saúde Coletiva** da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da Prof.a Dra. **Ana Luiza Queiroz Vilas Boas**. Será desenvolvido considerando as diretrizes da Resolução no 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde. Além de você, participarão da análise do material, outros peritos no assunto. Caso seja do seu desejo, sua análise será mantida em sigilo, ou seja, em nenhum momento sua participação será divulgada. Para facilitar sua análise esclarecemos que a sua participação constitui a fase final de construção deste protocolo. Se você se dispuser a contribuir com sua análise, solicitamos que o material seja devolvido no prazo de 15 dias. Este limite é necessário em função dos prazos para a aprovação e implementação. Desde já agradecemos!

O retorno do material analisado será considerado a sua concordância em participação no estudo. Certa de seu interesse em contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos

usuários dos serviços de endoscopia e com a construção de conhecimento multiprofissional nesta área, agradecemos.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo ou dano. Como benefício, você estará contribuindo na qualidade de um material educativo que auxiliará no cuidado aos pacientes com gastrostomias.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar suas dúvidas com a mestrande Leida Freire pelo *email*: byfreire23@gmail.com ou pelo telefone (71) 3283-8051.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por esta pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

(Rubrica do Participante)

(Rubrica do Coordenador do Serviço)

Se você tiver algum gasto pela sua participação nesta pesquisa, ele será assumido pela pesquisadora e reembolsado para você. Se sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra, com a pesquisadora responsável.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS AOS PACIENTES GASTROSOSTOMIZADOS** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que nenhum dado possa me identificar.

Aceito

Salvador, ____ / ____ / 2019 _____

5 DISCUSSÃO

A análise dos resultados dos estudos encontrados permitiu estabelecer recomendações referentes a indicação, contraindicação, inserção, manuseio e retirada do cateter de gastrostomia, aos cuidados com alimentação, administração de medicamentos e complicações da gastrostomia.

Verificou-se, nesta pesquisa, a predominância dos estudos descritivos, que têm como propósito descrever e documentar determinada situação. Sobre o nível de evidência, o VI ou GRAU DE RECOMENDAÇÃO D, caracterizado por pareceres de autoridades respeitadas, baseados em critérios clínicos e experiências, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas, mostrou-se maioria e evidencia a necessidade de estudos que possam orientar a prática clínica, em especial, relacionada a pessoas com estomias (MANSUR,2010). Vale acrescentar que há perspectiva de aumento da incidência desse procedimento associado ao crescimento da incidência de câncer, como é evidenciado nas estimativas do Instituto Nacional do Câncer 2018/19 (INCA, 2018).

Com base na prática profissional, baseada na observação das dificuldades dos cuidadores no ambiente domiciliar, na manipulação da gastrostomia, do relato dos profissionais que atuam no ambulatório no atendimento desses pacientes, aliado aos estudos que demonstram essas ocorrências, surgiu a preocupação, enquanto profissional da área, com a orientação para a alta hospitalar desses pacientes e/ou familiares, no sentido desta não estar sendo eficiente para garantir o adequado uso do equipamento no ambiente domiciliar, o que instigou a ideia do guia de informações pós gastrostomia, no formato de um folder para ser entregue no momento da alta hospitalar. O folder tem como objetivo apresentar o passo a passo de uma instrução, o que geralmente é feito em uma página e pode ter tamanho reduzido, com dobras, em formato de livro (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2016). Representa mais um tipo de material educativo utilizado nas mais diversas áreas onde se deseja ter uma compreensão didática e esclarecedora sobre determinado tema, produto, entre outros (MEDEIROS, 2017).

Orientar um paciente ou familiar sobre os cuidados que deverão ser mantidos no ambiente domiciliar no momento da alta hospitalar torna-se, a partir de então, uma tarefa que requer sensibilidade quanto ao nível de entendimento destes e quanto à complexidade das informações que serão repassadas pelos profissionais. A maneira de orientar e o que orientar, o tempo destinado a esta tarefa, o uso de material acessório fazem toda a diferença na compreensão final obtida e no cuidado domiciliar executado (MEDEIROS, 2017).

Durante o desenvolvimento deste trabalho foi possível observar que a qualidade de vida do estomizado está intimamente relacionada às estratégias adotadas por ele para conviver com essas alterações biológicas, físicas e psicológicas, assim como sua experiência de vida pode contribuir para a aceitação ou negação na sua adaptação ao estoma (COELHO; SANTOS; POGGETTO, 2013). Assim, a equipe de saúde multiprofissional, aliado à uma tecnologia educativa, terá capacidade de realizar intervenções educativas que facilitem o processo de apropriação do conhecimento, pelo paciente, do seu protagonismo no planejamento de seu autocuidado, prevenindo as possíveis complicações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da presente pesquisa foi possível constatar que existem poucos dados sobre o número de estomizados no País, o que dificulta determinar sua epidemiologia. Alguns estudos abordam o quão difícil é precisar um quadro epidemiológico sobre as estomias por serem sequelas ou consequências de doenças ou traumas e não uma doença. Tais questões mostram que no Brasil o registro dos dados sobre estomias são desafiadores por depender de um registro sistematizado de informações em um território de dimensões continentais, em que existem desigualdades estruturais, filosóficas e organizacionais dos serviços de saúde. Sendo assim, foi possível perceber que há falhas de registro e de comunicação, caracterizando um contexto complexo para a sistematização de dados e informações dessa condição de saúde.

Observa-se ainda vasta literatura sobre cuidados com estomias intestinais, porém poucas especificamente sobre cuidados com a gastrostomia. Entretanto, devido à escassez deste tema na literatura, evidencia-se a necessidade de novas pesquisas sobre a temática que subsidiarão a assistência ao paciente gastrostomizado.

Finalmente, as limitações do estudo incluem a dificuldade em obter na íntegra todos os artigos potencialmente relevantes ao objeto de estudo e a necessidade de síntese dos resultados do grande quantitativo de estudos obtidos acerca de pacientes estomizados. A revisão de literatura sobre o tema mostrou também que há uma preocupação maior referente à descrição da técnica de instalação da gastrostomia, sendo escassos os trabalhos que abordam os cuidados relacionados ao procedimento ou ao próprio cateter. A escassa literatura relacionada à assistência multiprofissional ao paciente gastrostomizado mostra a necessidade de novos estudos sobre o tema.

Acreditamos que a implementação do protocolo de cuidados multiprofissional e o fornecimento do guia de cuidados pós GEP (folder informativo) ajudarão a informar ao paciente gastrostomizado e seu familiar os cuidados necessários com a gastrostomia para melhor assistência em nível domiciliar, mediante uma linguagem clara e objetiva. Assim, facilitando o autocuidado como alternativa de resposta às dúvidas e aos anseios, contribuindo para promover saúde, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia, levando a uma melhor qualidade de vida e ainda poderá colaborar com o aprimoramento científico dos profissionais e com a melhoria da qualidade da assistência a esses pacientes.

O presente projeto da versão preliminar do protocolo e sua estratégia de validação serão encaminhados para o setor de vigilância a saúde e segurança do paciente para avaliação e aprovação e, posteriormente, será encaminhado para a superintendência avaliar e caso ocorra a

aprovação, será autorizada a divulgação na intranet e apresentação aos serviços envolvidos para medidas de implementação e treinamentos.

Considerando esse movimento como passo inicial para um processo de construção coletiva após a avaliação e validação do protocolo por todos os profissionais envolvidos, bem como a proposta de criação de um grupo interdisciplinar para a avaliação e monitoramento do protocolo onde os participantes poderão trazer os casos e as dificuldades vivenciadas no atendimento no dia a dia no manejo do paciente gastrostomizado.

E, desta forma, almejo futuramente a ampliação do atendimento para todos os estomizados com a formação de um grupo de atenção aos estomizados de caráter multiprofissional como preconizado na Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, buscando incorporar essa política na tentativa de serem criadas condições e possibilidades para prestar um atendimento eficiente em um contexto organizado em rede.

REFERÊNCIAS

ABRASO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. Legislação. **Declaração dos direitos da pessoa ostomizada**. 2007. Disponível em:

<<http://www.abraso.org.br/declaracao.htm>>. Acesso em: 20 set. 2018.

ANSELMO, Christophe Bezerra et al. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Estomoterapia, o que é?** 2017. Disponível em: <<http://www.sobest.com.br/texto/5>>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BARBUTTI, Rita Cristina Silva; SILVA, Mariza de Carvalho Póvoas da; ABREU, Maria Alice Lustosa de. Ostomia, uma difícil adaptação. **Revista da SBPH**, v.11, n.2, p.27-39, 2008.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Protocolos de atendimento em enfermagem na ocorrência de arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e parada cárdio-respiratória, baseados nas funções independentes da enfermagem. **Revista Ciência e Cultura**, n.36, p.26, 2002.

BORGES, E. L.; RIBEIRO, M. S. **Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada**. Belo Horizonte: SES-MG, 2015. 136p

BRASIL. Casa Civil, subchefia para assuntos Jurídicos. Lei nº 13.031, de 24 de setembro de 2014. **Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada**. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13031.htm>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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**. Brasília, 2004.

_____. Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012. **Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à**

saúde. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htm>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, 2015.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Guia de tecnologias educacionais**. Brasília, DF, 2008. 93p. “CARTILHA”. Dicionário Online de Português. 2009-2016. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/cartilha/>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RCD nº 63, de 6 de julho de 2000. **Aprova o Regulamento Técnico que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral**. Brasília, jul. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 96p. Disponível em: <[il.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambientedomiciliar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambientedomiciliar.pdf)>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 816/GM, de 31 de maio de 2005. **Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências**. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria816_31mai_o05.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. **Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, 2015. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – **Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução RCD 63, de 6 de julho de 2000. **Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral**. 2000. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3132fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

_____. Portaria nº. 400, de 16 de novembro de 2009. Diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário oficial da União**, 2009.

BANKHEAD, Robin et al. Recomendações da prática de nutrição enteral da ASPEN. **Jornal de nutrição parenteral e enteral**, v.33, n.2, p.122-167, 2009.

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins et al. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v.39, n.1, p.33-42, 2013.

CERVO, Ana Marta Sbeghen et al. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.35, n.2, p.53-59, 2014.

CESARETTI, I. U. R. Novas tecnologias e novas técnicas no cuidador dos estomas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.49, p.183-192, abr./jun. 1996.

CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.1, 2010.

COELHO, Amanda Rodrigues; SANTOS, Fernanda Silva; POGGETTO, Márcia Tasso Dal. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.2, p.258-277, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO – SP. Parecer Técnico nº 045/2012. **Troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia**: respaldo legal e competência do enfermeiro. Revisado, 2013. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_45_1.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

DOENGES, M. E. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FERNANDES, I. **Ostomizado: redescobrimo a vida saudável**. Porto Alegre: Associação Gaúcha de Ostomizados, 2001.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.28, p.1421-8, 2009.

FREIRE, Daniela de Aquino et al. Autoimagem e autocuidado na vivência de pacientes estomizados: o olhar da enfermagem. **REME Rev. Min. Enferm**, v.21, 2017.

FREITAS, M. C. S.; DINIS, J. F. F. **Bioética e reabilitação: Para além do corpo físico**. 2002. Disponível em: <<http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Mara%20Freitas.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

FREITAS, M. C. S.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: Análise do Conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.4, p.590-597, 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

GARCÍA, Carolina et al. Guías clínicas para la alimentación en pacientes con transtorno de la deglutación. **Neumol Pediatr**, v.6, n.2, p.67-71, 2011.

GAUDERER, M. W. L.; PONSKY, J. L.; IZANTI, R. J. Gastrostomy without laparotomy a percutaneous endoscopic technique. **J Paediatr Surg**. v.15, n.6, p.872, 1980. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

GAUDERER, Michael W. L. Percutaneous endoscopic gastrostomy and the evolution of contemporary long-term enteral access. **Clinical Nutrition**, v.21, n.2, p.103-110, 2002.

GOMES, J. R. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. **Cochrane database of systematic reviews**, n.5, 2015.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de cavidade oral: Incidência para ano de 2018**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

ITKIN, Maxim 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**, v.141, n.2, p.742-765, 2011.

JACQUES, Jacques Édison; GONÇALO, Cláudio Reis. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **INMR-Innovation & Management Review**, v.4, n.1, p.106-124, 2007.

KURIEN, M.; MCALINDON, M. E.; WESTABY, D.; SANDERS, D. S. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding. **BMJ**. v.7, n.340, p.2414, may, 2010.

LEITE, S. A. O. et al. Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: avaliação do impacto do "staged diabetes management" em um sistema de saúde privado. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.45, n.5, p.481-486, 2001. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

LIMA, Priscila Sales de; BLANES, Leila; GOMES, Heitor Francisco de Carvalho. Manual educativo de cuidados à criança com gastrostomia: construção e validação. **REME Rev. Min. Enferm.** v.22, p.1123, 2018.

LINO, Alexandra Isabel de Amorim; JESUS, Cristiane Alves Costa. Cuidado ao paciente com gastrostomia: uma revisão de literatura. **Revista Estima**, v.11, n.3, p.28-34, 2013. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=457%3A2014-11-24-17-24-13&catid=45%3A2014-11-24-15-16-11&Itemid=103&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2018.

LÖSER, Chr et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). **Clin Nutr**, v.24, n.5, p.848-61, 2005. Disponível em: <<https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MANSUR, G. R.; MELLO, G. F. S.; GARCIA, F. L.; SANTOS, T. B. **Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP)**. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

MARTINI, J. G.; GELBCKE, F. L.; REIBNITZ, K. S. Cuidado ao ser humano com necessidades hídricas e nutricionais. In: PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. (org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3 ed. Florianópolis: Progressiva, 2013. p.485- 499.

MARTINS, A. C. F. **Perfil dos pacientes portadores de gastrostomia e o papel dos cuidadores no domicílio** [Dissertação]. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu-SP. 2013. 115p

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18, n.2, 2009.

MATSUBARA, L. S.; PAIVA, S. A. R. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. **Rev. Nutr.** v.18, n.4, p.553-9, 2005.

MEDEIROS, Michele. **Tecnologia educativa em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes em uso de gastrostomia** [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

MELLO, Gustavo Fancisco de Souza e; MANSUR, Gilberto Reynaldo. **Gastrostomia Endoscópica Percutânea: Técnicas e Aplicações** – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

MENEZES, Ana Paula Simões; QUINTANA, Jaqueline Feltrin. A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v.21, n.1, p.13-18, 2012.

MINICUCCI, Marcos Ferreira et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. **Revista de Nutrição**, p.553-559, 2005.

MOURA, E. G. H.; ARTIFON, E.; SAKAI, P. **Manual do residente em endoscopia digestiva**. Barueri, SP: Manole, 2016.

NAVES, Larissa Kozloff; TRONCHIN, Daizy Maria Rizatto; MELLEIRO, Marta Maria. Incidência de extubação gástrica nos grupos pediátricos e adulto em um programa de assistência domiciliar. **REME Rev Min Enferm.** v.18, n.1, p.54-60, jan./mar. 2014.

NETO, Andrade Franco et al. Trinta anos de gastrostomia endoscópica percutânea: uma revisão da literatura. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.20, n.4 supl.3, p.31-37, 2010.

ONUR, Ozge E. et al. Endoscopic gastrostomy, nasojejunal and oral feeding comparison in aspiration pneumonia patients. **Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences**, v.18, n.12, p.1097, 2013.

PAES, Graciele Oroski. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde.** – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

PAULA, Maria Angela Boccara de; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.** São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pub.** v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PIMENTA, C. A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PONSKY, Jeffrey L.; GAUDERER, Michael W. L. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, limitations, techniques, and results. **World Journal of Surgery**, v.13, n.2, p.165-170, 1989.

RAHNEMAI-AZAR, Ata A. et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v.20, n.24, p.7739, 2014.

RIMOLO, Amanda Peixoto. **Incidência de complicações e mortalidade em pacientes submetidos a duas técnicas de gastrostomia percutânea endoscópica em adultos** [Dissertação]. URGs, 2017.

RODRIGUES, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SIMON, B. S.; GEWEHR, M. M.; SILVA, D. C. As redes sociais de apoio no cuidado às pessoas com estomias: revisão bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v.39, n.1, p.33-42, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/7256/pdf_1>. Acesso em: 13 nov. 2018.

ROMÃO, C. P.; ALMEIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. R. M. Pacientes gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores do domicílio. **Revista Eletrônica de Enfermagem, UNIEURO**, Brasília, v.1, n.2, p.18-34, 2008.

RUBIO, Doris McGartland et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social work research**, v.27, n.2, p.94-104, 2003.

SAMPSON, Elizabeth L.; CANDY, Bridget; JONES, Louise. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. **Cochrane database of systematic reviews**, n.2, 2009.

SANTOS, C. S. V. B. Nota introdutória. In: **Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, Estomaterapia o saber e o cuidar**. Lisboa: Lidel, p.15-16, 2012.

SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTI, A. K.; JUNIOR, W. S.; TIRAPELLI, L. F.; JUNIOR, O. C. S. Gastrostomia e jejunostomia: aspéctos da evolução técnica e da ampliação das indicações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.44, n.1, p.39-50, 2011.

SANTOS, V. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em Estomaterapia**: cuidado de pessoas com estomia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

SANTOS, V. L. C. G. Aspectos epidemiológicos dos estomas. **Rev. Estima**, v.5, n.1, p.31-8, 2007.

SANTOS, V. L. C. G. **Cuidando do estomizado**: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

SBPNE; ABN. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Terapia nutricional: Indicadores de Qualidade**. Projeto Diretrizes: AMB, CFM; 2011. 11p

SCHRAG, S. P.; SHARMA, R.; JAIK, N. P.; SEAMON, M. J.; LUKASZCZYK, J. J.; MARTIN, N. D.; HOEY, B. A.; STAWICKI, S. P. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review. **J Gastrointestin Liver Dis**, n.16, p.407-418, 2007.

SELHORST, Ilza Schmidt de Brito; BUB, Maria Bettina Camargo; GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. Protocolo de acolhimento e atenção para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.4, 2014.

SENA-CHOMPRÉ, R. R.; EGRY, E. Y. **A Enfermagem nos Projetos UNI**: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo, REDE UNIDA-Hucitec, 1998.

SILVA, M. G. **Enfermagem em endoscopia**: digestiva e respiratória. São Paulo (SP): Atheneu; 2010.

SKELLY, R. H. Estamos usando gastrostomia endoscópica percutânea apropriadamente em idosos? **Opinião atual em Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v.5, n.1, p.35-42, 2002.

SOBED. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. Projeto Diretrizes. **Conduta em procedimentos endoscópicos digestivos na vigência terapêutica com anticoagulantes e/ou agentes antiplaquetários**. 2010.

SOUSA, Altamir Benedito de et al. **Manual da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP**. Lúcia Caruso e Altamir Benedito de Sousa (orgs.); – São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; São Carlos, Editora Cubo, 2014.

STRAUSS, F. F. S. **Administração de medicamentos por via gastrostomia**: um levantamento das práticas de cuidadores e enfermeiros. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

TOSATO, Sonia Ramos; ZIMMERMANN, Marlene H. Conhecimento do indivíduo ostomizado em relação ao autocuidado. **Revista Conexão UEPG**, v.2, n.1, p.34-37, 2006.

TUCKER, Anthony T. et al. ‘Push’versus ‘pull’percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with advanced head and neck cancer. **The laryngoscope**, v.113, n.11, p.1898-1902, 2003.

TUON, Lisiane; CERETTA, Luciane Bisognin. **Rede de cuidado à pessoa com deficiência**. v.1. 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital de Clínicas. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. **Nutrição enteral domiciliar**: Manual do Usuário. 2. ed. rev. Campinas – SP, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 90p

WIERNICKA, Anna et al. The protocol for a randomised-controlled trial of the evaluation of the tolerance and safety of early enteral nutrition in children after percutaneous endoscopic

gastrostomy placement. (protocol version 09.01.2015). **BMC pediatrics**, v.16, n.1, p.163, 2016.

YAMADA, B. F. A.; PERES, C. S. V.; SANTOS, V. L. G. C. Granuloma em Gastronomia: Uma Alternativa Inovadora de Tratamento Tópico. **Rev. Estima**, v.2, n.4, p.11–14; 2014.

ZAPKA, Jane et al. Challenges in efficacy research: the case of feeding alternatives in patients with dementia. **Journal of advanced nursing**, v.70, n.9, p.2072-2085, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Versão preliminar do protocolo (ilustração da capa)



APÊNDICE B – Folder com orientações para cuidados em domicílio



As sondas de gastrostomia são trocadas, em média, a cada 6 meses ou quando apresentar qualquer problema, seja com o dispositivo ou com o orifício no paciente.

Eventualmente, o tubo de borracha rompe e fica mais difícil de usar. Muitas vezes, a ponteira utilizada para adicionar a alimentação quebra ou racha. Estes são sinais de que o tubo tem de ser substituído.

Para agendamento da troca, ligar para o serviço de endoscopia: (71) 3283-8060 | (71) 3283-8051

Fontes consultadas:
Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral do RJ
Progestro - <http://www.progestroirville.com.br>

GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E
SEGURANÇA DO PACIENTE
UNIDADE DE GESTÃO DE RISCOS
ASSISTÊNCIAS
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
PROFESSOR EDGAR SANTOS

Rua Augusto Viana, S/nº, Catela - Salvador/BA CEP 40110-060
Central de Atendimento:
(71) 3283-8000 | (71) 3283-8051




EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



ORIENTAÇÕES
PARA O CUIDADO COM O
PACIENTE PÓS-GASTROSTOMIA
NO AMBIENTE DOMICILIAR

Para que o cuidado ao paciente em casa tenha bons resultados, é fundamental sua participação atenta e cuidadosa. A equipe do HUPES estará sempre disponível para apoiar o cuidador em suas atividades e dúvidas.

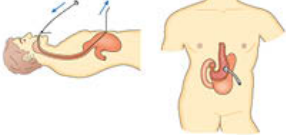
Você ou seu cuidador terá que aprender a cuidar da gastrostomia. A seguir algumas dicas e cuidados que você precisa saber para se sentir seguro e confortável para cuidar da gastrostomia em casa.



O que é a Gastrostomia?

É uma abertura no estômago, realizada pelo médico, onde é passado um tubo de silicone para a alimentação e hidratação do paciente que não está se alimentando normalmente pela boca.

Destá forma, alimentos líquidos são dados por meio de um tubo colocado na abertura no estômago. Um disco de plástico ou balão que fica no interior do estômago prende o tubo no lugar.



CUIDANDO DA GASTROSTOMIA EM CASA

A ferida operatória (estoma) deve ter aspecto saudável, limpo, seco e sem pruridos ou líquidos circundantes. Sujidades, sangramento, prurido e pus fazem com que o curativo deva ser trocado para diminuir o risco de infecção da ferida.

- Antes de limpar a ferida, lave as mãos com água e sabão. Seque-as bem. Não é necessário o uso de luvas estéreis;
- Observar diariamente a marcação da numeração do dispositivo. Quando o tubo está encostado à parede do estômago e corretamente no lugar, você pode marcar com caneta de tinta permanente o local onde o tubo sai do estômago. Então você pode facilmente verificar se o tubo está corretamente no lugar, olhando para a marca.
- O tubo deve ser girado diariamente, nas duas primeiras semanas para evitar a aderência do balão à parede abdominal e garantir que o tubo se desloque livremente
- Inspeccionar a pele ao redor da gastrostomia diariamente. Uma discreta umidade pode ser encontrada, mas a pele deve permanecer íntegra e seca;
- Limpe o estoma com sabão neutro e água morna usando uma gaze. Porém não é necessário permanecer com a gaze no local. Seque o local cuidadosamente com panos macios ou gaze, sem fazer fricção;


Durante um banho, lembre-se:

- Prenda o tubo antes de tomar banho; Evite água quente demais pois pode irritar a pele macia no local tubo; Use apenas sabonetes suaves e panos macios; Higienize a boca e escove os dentes, mesmo que não esteja alimentando-se pela boca.

CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

- Antes do preparo da dieta, é necessário realizar a lavagem adequada das mãos, dos alimentos e de todo material que será utilizado, bem como dos utensílios e da bancada onde haverá a manipulação.
- O preparo e as porções da dieta terão que seguir rigorosamente a orientação dada pelo nutricionista;
- A administração da dieta deve ser feita em temperatura ambiente. Se a dieta estiver guardada na geladeira, é preciso retirá-la antes e deixar em temperatura ambiente por 30 minutos a fim de deixá-la adequada ao uso.
- Manter o paciente sentado ou com travessouros nas costas para receber a dieta. Nunca administre a dieta com o paciente deitado para evitar vômitos e o risco de pneumonia. O paciente deverá estar em postura mais elevada durante toda a infusão da dieta e 30 minutos após término; Garanta que o paciente esteja com a cabeça elevada. Esta medida é importante para evitar refluxo.
- Examine o tubo, procurando dobras ou bloqueios que impeçam o fluxo do líquido a ser infundido;
- Infundir 20 ml de água antes e depois da administração de alimentos ou medicações para evitar acúmulo de resíduos e entupimento da sonda;
- A administração de medicamentos deverá ser feita sempre com seringa. Caso os medicamentos não se apresentem na forma líquida (comprimidos/drágeas), entre em contato com o médico ou farmacêutico para verificar a possibilidade de triturá-los e diluir em água;
- Infundir a dieta lentamente através de seringa ou gotejamento (por meio de frasco), gota a gota, para evitar diarreia, distensão abdominal, vômitos e má absorção; Se houver dor, pare imediatamente e procure uma unidade de saúde;

QUAIS PROBLEMAS POSSO TER COM UMA GASTROSTOMIA?

<p>Vazamento em torno da sonda de gastrostomia; Canal de alimentação obstruído; Drenagem em torno da gastrostomia; Formação de granuloma (pele vermelha que surge ao redor do orifício, que pode ser ocasionada pela umidade excessiva associada à fricção do cateter no estoma); Vômitos ou diarreia; Quebra do tubo.</p>	<p>Se houver muita drenagem ao redor do tubo, principalmente se houver pus. Se tiver febre de 37,8 ° C ou superior. Se tiver dor de forte intensidade com a alimentação. Se o tubo sair. Não é perigoso, mas a abertura pode fechar muito rapidamente, por isto um novo tubo precisa ser colocado antes que isso aconteça.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Procurar uma unidade de saúde imediatamente.</p>
--	--

APÊNDICE C - Carta convite aos especialistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Caro(a) senhor(a)

Este é um convite para você participar da VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL EM GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA, que tem como pesquisadora responsável Leida Freire de Oliveira Silva. Esta pesquisa pretende construir e validar um protocolo de cuidados à pessoa que será submetida a gastrostomia.

Considerando sua capacitação profissional e seu conhecimento sobre procedimentos endoscópicos e protocolos assistenciais, venho por meio deste solicitar sua colaboração no sentido de analisar o material em anexo, o qual compõe uma proposta de **Protocolo de cuidados aos pacientes submetidos a gastrostomia**, a ser utilizado no Hospital Universitário Professor Edgard Santos. A proposta de protocolo tem por objetivo melhorar o acolhimento aos usuários do Serviço de Endoscopia do referido hospital, especificamente dos usuários submetidos a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). A elaboração dessa proposta de protocolo fez parte da dissertação de mestrado, intitulada “PROTOCOLO DE CUIDADOS EM GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL”, desenvolvida no curso no **MP em Saúde Coletiva** da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da Prof.a Dra. **Ana Luiza Queiroz Vilas Boas**. Será desenvolvido considerando as diretrizes da Resolução no 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde. Além de você, participarão da análise do material, outros peritos no assunto. Caso seja do seu desejo, sua análise será mantida em sigilo, ou seja, em nenhum momento sua participação será divulgada. Para facilitar sua análise esclarecemos que a sua participação constitui a fase final de construção deste protocolo. Se você se dispuser a contribuir com sua análise, solicitamos que o material seja devolvido no prazo de 15 dias. Este limite é necessário em função dos prazos para a aprovação e implementação. Desde já agradecemos!

O retorno do material analisado será considerado a sua concordância em participação no estudo. Certa de seu interesse em contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos usuários dos serviços de endoscopia e com a construção de conhecimento multiprofissional

nesta área, agradecemos.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo ou dano. Como benefício, você estará contribuindo na qualidade de um material educativo que auxiliará no cuidado aos pacientes com gastrostomias.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar suas dúvidas com a mestrande Leida Freire pelo *email*: byfreire23@gmail.com ou pelo telefone (71) 3283-8051.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por esta pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

(Rubrica do Participante)

(Rubrica do Coordenador do Serviço)

Se você tiver algum gasto pela sua participação nesta pesquisa, ele será assumido pela pesquisadora e reembolsado para você. Se sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra, com a pesquisadora responsável.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE CUIDADOS AOS PACIENTES GASTROSOSTOMIZADOS** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que nenhum dado possa me identificar.

Aceito

Salvador, ____ / ____ / 2019 _____

Prof.a Doutora Ana Luiza Queiroz Vilas Boas
Orientadora

Leda Freire de Oliveira Silva
Mestranda

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Anuência e Compromisso



Complexo
HUPES

EBSERH
HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

8001/0803

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS

Rua Augusto Viana, s/n – Canela
(71) 3283-8000 – 40110-060 – Salvador - BA

Declaração de Anuência e Compromisso

Ilma. Sra.
Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto
Diretora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

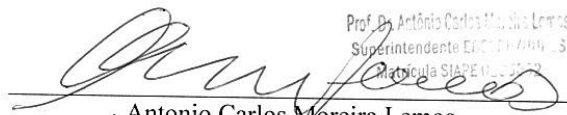
Prezada Diretora,

Apresento a Senhora Leida Freire de Oliveira Silva, enfermeira, lotada no Serviço de Endoscopia Digestiva deste Complexo hospitalar, candidata ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, Turma UFBA, a ser realizado sob a coordenação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA):

Na oportunidade, informo estar ciente dos critérios e requisitos estabelecidos para o Mestrado profissional e autorizo a servidora a acompanhar as atividades presenciais e a distância programadas pelo ISC, ausentando-se se necessário, da sua Unidade ou Órgão de lotação com a devida anuência da sua chefia imediata, a fim de que não haja prejuízo ao serviço. Autorizo também o acesso aos bancos de dados desta instituição e às informações necessárias para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) cujo projeto tenha sido aprovado pelo ISC/UFBA e pelo CEP-GEP/HUPES/UFBA (como instituição proponente ou coparticipante), e respectiva publicação, caso exista oportunidade.

Atenciosamente,

Salvador, 08 de agosto de 2017.


Prof. Dr. Antonio Carlos Moreira Lemos
Superintendente EBSERH / HUPES
Matrícula SIAPE 01.00032
Antonio Carlos Moreira Lemos
Superintendente EBSERH / HUPES


Juliana Costa Brazil Costa
Divisão de Enfermagem
COREN 93740
HUPES