

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

RUDNEI PRUSCH DA SILVA

PORTAL EDUCATIVO DE APOIO AO CUIDADO A PESSOAS COM ESTOMIA

PORTO ALEGRE

2018

Rudnei Prusch da Silva

Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Coorientadora: Profa. Dra. Karin Viègas

Porto Alegre

2018

S586p Silva, Rudnei Prusch da.
Portal educativo de apoio ao cuidado a pessoas com
estomia / Rudnei Prusch da Silva. – 2018.
149 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto
Alegre, 2018.

“Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal ;
Coorientadora: Profa. Dra. Karin Viègas.”

1. Estomia. 2. Estomia - Pacientes. 3. Ostomizados. 4.
Estomia - Enfermagem. 5. Portais da Web. I. Título.

CDU 617.5

Rudnei Prusch da Silva

Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Cezar Leal (Orientadora)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof.^a Dr.^a Karin Viegas (Coorientadora)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof.^a Dr.^a Luzia Fernandes Milão
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof.^a Dr.^a Priscilla Schmidt Lora
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof.^a Dr.^a Marcia Elaine Costa do Nascimento – Membro Técnico
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Dedico este trabalho a meu grande amor, Elisandra. Uma pessoa especial que está incondicionalmente ao meu lado, principalmente nos momentos de maior dificuldade.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo à minha mãe, Benta, que sempre acreditou em mim, incentivando-me a fazer meu melhor e superar limites. Obrigado por tudo.

À minha esposa, Elisandra, por ser tão importante na minha vida. Fazendo-me acreditar no meu potencial e na concretização deste trabalho, estando muitas vezes privada da minha companhia e da minha atenção. Obrigado por estar ao meu lado como amiga, companheira e esposa.

A meus irmãos, Volnei, Beatriz, Sidnei, Roselaine, Sandro e Leandro; aos seus cônjuges; e a meus sobrinhos Gabriel, Matheus Duarte, Bruno, Giovane, Matheus Prusch, Letícia, Eduardo, Isabelle, Lucas, Joice, Érica; meus infinitos agradecimentos.

À professora orientadora Sandra Leal, que acreditou em meu potencial. Sempre disposta a ajudar, foi conselheira e amiga, estando impecável na condução deste trabalho. Sem seu apoio e confiança, não seria possível concluí-lo. Obrigado pelo carinho.

Agradeço também à professora coorientadora, Karin Viegas, pela disponibilidade e pelo esforço. Sou imensamente grato a você, obrigado pela confiança.

Minha sincera gratidão às enfermeiras Sandra Marina da Silva Rosado Furtado, Aline Royer, Neiva Maria Salton, Maria Elizete Nunes, Tania Hendges, Simone Wunsch, Michele Grewsmuhl e Aldírio dos Santos Medeiros, pela cedência das imagens que ilustram este estudo, pelos ensinamentos, orientações e amizade. Vocês merecem meu eterno agradecimento.

Não poderia esquecer-me de agradecer à professora Lisia Maria Fensterseifer, a qual me incentivou a ingressar no ambiente de mestrado. Muito obrigado por ter me proporcionado essa experiência.

Agradeço ao profissionalismo da bibliotecária Eliete Doncato Brasil na formatação deste trabalho aplicando as normas da ABNT.

Finalmente, gostaria de agradecer aos diretores da empresa Modulus Equipamentos Médicos Ltda, Maira Lucia Moraes Pereira e Antônio Jesus Pereira de Moraes, por terem permitido a realização deste estudo. Este trabalho somente foi possível com ajuda de vocês.

RESUMO

As pessoas com estomia estão amparadas por políticas públicas que norteiam o atendimento ao usuário. Contudo, as políticas, que visam à dispensação de materiais e à formação de equipes, não disponibilizam ferramentas direcionadas a tal tipo de atendimento. Assim, o objetivo deste estudo foi elaborar um portal educativo de apoio ao cuidado a pessoas com estomia. A pertinência das orientações estabeleceu-se a partir da atuação do pesquisador envolvendo seu cotidiano na qualidade de enfermeiro estomaterapeuta. Para a construção do *design* de navegação na internet, foram seguidas as seguintes etapas: análise das necessidades; identificação dos usuários; organização do conteúdo; construção; manutenção do portal educativo. O referencial teórico foi subsidiado pela busca de estudos nacionais e internacionais publicados nos últimos cinco anos. No portal foram disponibilizados materiais de apoio didático a profissionais de saúde, em especial aos de enfermagem que atuam no cuidado aos pacientes com estomia. Os benefícios do estudo estão fundamentados na elaboração de material educativo, de acesso gratuito. Assim, os produtos deste estudo consistem de um Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia o qual conta com o domínio <<http://peapee.com.br>>, bem como a criação da marca “PEAPEE”.

Palavras-chave: Estomia. Ostoma. Estomaterapeuta. Portal Educativo. Pessoas com Estomia.

Produtos da dissertação: Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia; Marca “PEAPEE”.

ABSTRACT

People with stomies are supported by public policies that guide the service to the user. However, the policies, which aim at the dispensing of materials and the formation of teams, do not provide tools directed to this type of service. Thus, the objective of this study was to develop an educational portal to support the care of people with stoma. The pertinence of the guidelines was established based on the performance of the researcher involving his daily routine as a nurse stomaterapist. For its design development, the following steps were followed: needs analysis; identification of users; organization of content; construction; maintenance of the educational portal. The theoretical framework was supported by the search for national and international studies published in the last five years. In the portal, materials of didactic support were made available to health professionals, especially to nursing professionals who work in the care of patients with stomies. The benefits of this study are based on the elaboration of free educational material. Therefore, the products of this study consist of an Educational Portal to Support the Care of People with Stoma which has its own domain <<http://peapee.com.br>>, as well as the creation of the brand "PEAPEE".

Keywords: Estomy. Ostoma. Stomatologist. Educational Portal. People with Stoma.

Products of the dissertation: Educational Portal to Support the Care of People with Stoma; brand "PEAPEE".

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos Municípios onde são realizadas as capacitações, no Rio Grande do Sul	31
Figura 2 - Capacitação para os profissionais de saúde, realizada no plenário da câmara de vereadores de Ibirubá.....	32
Figura 3 - Página inicial do Portal Educativo	36
Figura 4 - Logotipo da marca PEAPEE	36
Figura 5 - Figura esquemática das posições anatômicas das colostomias.....	46
Figura 6 - Esquema da posição anatômica da ileostomia	47
Figura 7 - Posição anatômica da colostomia terminal do tipo Hartmann.....	48
Figura 8 - Colostomia em alça.....	48
Figura 9 - Estomia em cano de escopeta.....	49
Figura 10 - Estomia dupla boca exteriorizada em locais distantes.....	50
Figura 11 - Ureteroileostomia	50
Figura 12 - Ureterostomia cutânea bilateral e unilateral	51
Figura 13 - Nefrostomia percutânea.....	51
Figura 14 - Guia de mensuração para estomias	56
Figura 15 - Pontos anatômicos a serem considerados para fixação da bolsa.....	59
Figura 16 - Bolsa de uma peça	62
Figura 17 - Bolsa de duas peças.....	62
Figura 18 - Bolsa transparente	63
Figura 19 - Bolsa opaca	63
Figura 20 - Bolsa fechada	64
Figura 21 - Bolsa de uma peça opaca com filtro	64
Figura 22 - Bolsa de duas peças opaca com filtro.....	64
Figura 23 - Placa convexa.....	65
Figura 24 - Bolsa de urostomia	66
Figura 25 - Dispositivo coletor urinário noturno	66
Figura 26 - Cuidados na retirada da base adesiva e da bolsa coletora.....	67
Figura 27 - Cuidados com a preparação da placa do dispositivo coletor de uma peça .	68
Figura 28 - Cuidados com a aplicação do dispositivo coletor de uma peça	68
Figura 29 - Cuidados com o esvaziamento do dispositivo coletor de uma peça	69
Figura 30 - Cuidados com o fechamento da bolsa do dispositivo coletor de uma peça ...	70

Figura 31 - Cuidados com a preparação da placa do dispositivo coletor de duas peças .	71
Figura 32 - Cuidados com a aplicação do dispositivo coletor de duas peças	72
Figura 33 - Cuidados com a reposição da bolsa do dispositivo coletor de duas peças .	73
Figura 34 - Cuidados com o esvaziamento da bolsa do dispositivo coletor de duas peças.....	73
Figura 35 - Tiras moldáveis de hidrocoloide.....	75
Figura 36 - Orientação para aplicação da tira moldável de hidrocoloide.....	75
Figura 37 - Resina sintética em pó.....	76
Figura 38 - Orientação para aplicação da resina sintética em pó.....	77
Figura 39 - Filtro como parte integrante da bolsa.....	77
Figura 40 - Filtro na forma de cartela adesiva	77
Figura 41 - Orientação para utilização do filtro de carvão	78
Figura 42 - Cinto e base adesiva com haste para cinto	79
Figura 43 - Modelo de bolsa coletora com fechamento em <i>velcro</i>	80
Figura 44 - Placas protetoras	80
Figura 45 - Orientações para uso das placas protetoras.....	81
Figura 46 - Orientação para aplicar as placas protetoras formato <i>meia-lua</i> e <i>y</i>	81
Figura 47 - Protetor cutâneo <i>spray</i>	82
Figura 48 - Orientações para uso do protetor cutâneo <i>spray</i>	82
Figura 49 - Resina sintética em pasta com álcool.....	83
Figura 50 - Resina sintética em pasta sem álcool.....	83
Figura 51 - Orientações para uso da resina sintética em pasta	83
Figura 52 - Solução higienizadora.....	84
Figura 53 - Creme barreira.....	85
Figura 54 - Orientações para uso do creme barreira em pele periestomia	85
Figura 55 - Desodorante lubrificante	86
Figura 56 - Cuidados no descolamento mucocutâneo parcial.....	93
Figura 57 - Sistema para fístulas.....	94
Figura 58 - Cuidados com fístula entérica.....	95
Figura 59 - Equipamento com placa convexa	96
Figura 60 - Folliculites	106
Figura 61 - Ocluser/Obturador.....	109
Figura 62 - Sistema de irrigação da colostomia	109
Figura 63 - Sessões programadas para o processo de treinamento da autoirrigação ...	112

Figura 64 - Equipamento de irrigação do cólon.....	113
Figura 65 - 1ª fase: Infusão	114
Figura 66 - 2ª fase: Drenagem ou descarga.....	115
Figura 67 - 3ª fase: Drenagem residual.....	116
Figura 68 - Ocluser/obturador	117
Figura 69 - Considerações para a escolha do ocluser/obturador	119
Figura 70 - Gráfico peso/altura para escolha do tamanho do comprimento do cilindro do ocluser/obturador	119
Figura 71 - Sessões de treinamento para utilizar o ocluser/obturador	120
Figura 72 - Sistema para fístulas.....	121
Figura 73 - Sistema para tratamento de fístulas.....	122
Figura 74 - Orientação de como utilizar o sistema para fístulas.....	123
Figura 75 - Colocação de uma bolsa de fezes ou urina	127
Figura 76 - Higienização de bolsa coletora	127
Figura 77 - Limpeza de uma bolsa coletora	128
Figura 78 - Manuseio do filtro antidor de uma bolsa coletora.....	128
Figura 79 - Preparação da bolsa coletora	129
Figura 80 - Irrigação intestinal - Como fazer	129
Figura 81 - Remoção da bolsa coletora	130
Figura 82 - Sistema para fístulas.....	130
Figura 83 - <i>Links</i> para acesso a blogs informativos	131
Figura 84 - Livros sugeridos	132

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Colostomia em alça.....	48
Fotografia 2 - Estomia em alça com a haste de sustentação	49
Fotografia 3 - Estomia em cano de escopeta	49
Fotografia 4 - Estomia dupla boca exteriorizada em locais distantes.....	50
Fotografia 5 - Ureteroileostomia	50
Fotografia 6 - Pele periestomia íntegra	55
Fotografia 7 - Lesão na pele periestomia causada pelo contato do efluente em virtude do recorte inadequado da placa adesiva.....	56
Fotografia 8 - Pele de cor normal.....	57
Fotografia 9 - Pele com eritema	57
Fotografia 10 - Pele escurecida.....	57
Fotografia 11 - Dobra abdominal.....	59
Fotografia 12 - Entorno irregular da pele	59
Fotografia 13 - Proeminências ósseas	59
Fotografia 14 - Posição deitada.....	60
Fotografia 15 - Posição sentada.....	60
Fotografia 16 - Lesão por umidade	76
Fotografia 17 - Lesão por umidade com resina sintética em pó.....	76
Fotografia 18 - Estomia sem intercorrências.....	88
Fotografia 19 - Necrose de alça	88
Fotografia 20 - Estomia com necrose superficial.....	89
Fotografia 21 - Estomia com necrose profunda.....	89
Fotografia 22 - Sangramento na estomia	90
Fotografia 23 - Edema na mucosa	90
Fotografia 24 - Descolamento mucocutâneo parcial	92
Fotografia 25 - Descolamento mucocutâneo total	92
Fotografia 26 - Fístula digestiva	94
Fotografia 27 - Retração da estomia	96
Fotografia 28 - Hérnia paraestomal.....	97
Fotografia 29 - Hérnia paraestomal.....	97
Fotografia 30 - Hérnia paraestomal antes da aplicação da cinta abdominal	98
Fotografia 31 - Hérnia paraestomal após a aplicação da cinta abdominal	98

Fotografia 32 - Prolapso de alça	99
Fotografia 33 - Prolapso de alça	99
Fotografia 34 - Bolsa com base plana e flexível.....	99
Fotografia 35 - Prolapso antes da manobra digital.....	100
Fotografia 36 - Prolapso após a manobra digital.....	100
Fotografia 37 - Lesões pseudoverrucosas	101
Fotografia 38 - Estenose da estomia.....	101
Fotografia 39 - Dermatite da pele periestomia	102
Fotografia 40 - Dermatite irritativa	103
Fotografia 41 - Dermatite alérgica pelo uso do <i>micropore</i>	104
Fotografia 42 - Dermatite alérgica pelo uso do <i>micropore</i>	104
Fotografia 43 - Dermatite por trauma mecânico: remoção abrupta da bolsa	105
Fotografia 44 - Dermatite por <i>Candida albicans</i>	106
Fotografia 45 - Dermatite por <i>Candida albicans</i>	106
Fotografia 46 - Granulomas.....	107
Fotografia 47 - Granulomas.....	107
Fotografia 48 - Malignidade nas estomias.....	108
Fotografia 49 - Malignidade nas estomias.....	108
Fotografia 50 - Incrustações por deposição de cristais	108
Fotografia 51 - Incrustações por deposição de cristais	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das colostomias quanto à localização, consistência e pH das fezes.....	46
Quadro 2 - Alguns alimentos e seus efeitos no intestino e nas fezes	54
Quadro 3 - Alguns alimentos e seus efeitos na urina	55
Quadro 4 - Complicações da pele periestomia.....	57
Quadro 5 - Formato das placas adesivas.....	61
Quadro 6 - Modelos de <i>clamp</i> para fechamento	79
Quadro 7 - Vantagens e desvantagens do método de irrigação	111
Quadro 8 - Descrição de intercorrências durante a irrigação do cólon.....	116
Quadro 9 - Critérios de indicação e contra-indicação para uso do oclisor/obturador	118
Quadro 10 - Vantagens e desvantagens do oclisor/obturador	118
Quadro 11 - Tempo de permanência do oclisor/obturador.....	120

LISTA DE SIGLAS

ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ET	Estomaterapeuta
GUD	Gerenciamento de Usuários com Deficiência
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
PROCERGS	Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
WCET	World Council of Enterostomal Therapists

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Objetivo	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 Impactos Emocionais e Sociais à Pessoa com Estomia	20
2.2 Políticas Públicas à Pessoa com Estomia	22
2.3 Informações Epidemiológicas de Pessoas com Estomias	27
2.4 Educação Profissional	28
3 MÉTODO	30
3.1 Delineamento de Pesquisa	30
3.2 Portal Educativo	30
3.3 Etapas de Construção do Projeto do Portal Educativo	31
3.3.1 Análise das Necessidades	31
3.3.2 Identificação dos Usuários	32
3.3.3 Organização do Conteúdo	32
3.3.4 Construção	32
3.3.5 Manutenção	33
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
5 ELABORAÇÃO DO PORTAL EDUCATIVO	35
6 PORTAL EDUCATIVO DE APOIO AO CUIDADO A PESSOAS COM ESTOMIA	37
6.1 Glossário do <i>Site</i>	37
6.2 Estomias de Eliminação Intestinal e Urinária	45
6.2.1 Classificação das Estomias de Eliminação Intestinal quanto ao Tipo: Colostomia e Ileostomia	46
6.2.2 Classificação das Estomias de Eliminação Intestinal quanto à Forma: Terminal, em Alça e Duas Bocas	47
6.2.3 Estomias de Eliminação Urinária	50
6.3 Orientações para o Cuidado com Estomias de Eliminação Intestinal e Urinária	52
6.4 Orientações Relativas à Alimentação da Pessoa com Estomia	53
6.5 Orientações para a Manutenção da Integridade da Pele Periestomia	55
6.6 Orientações de Uso dos Dispositivos Coletores	60
6.6.1 Indicação para o Uso de Dispositivos Coletores	62

6.6.2 Orientações para Utilizar os Dispositivos Coletores de Uma Peça	67
6.6.3 Orientações para Utilizar os Dispositivos Coletores de Duas Peças.....	70
6.7 Orientações de Uso dos Adjuvantes	73
6.7.1 Tiras Moldáveis de Hidrocoloide	74
6.7.2 Resina Sintética em Pó	76
6.7.3 Filtro de Carvão	77
6.7.4 Cinto Elástico	78
6.7.5 Clamp para Fechamento da Bolsa	79
6.7.6 Placas Protetoras	80
6.7.7 Protetor Cutâneo <i>Spray</i>	81
6.7.8 Resina Sintética em Pasta com ou sem Álcool	82
6.7.9 Higienizador de Pele	84
6.7.10 Creme Barreira.....	84
6.7.11 Solução Lubrificante Neutralizadora de Odor.....	86
6.8 Complicações nas Estomias e na Região da Pele Periestomia	86
6.8.1 Isquemia e Necrose.....	87
6.8.2 Sangramento ou Hemorragia	89
6.8.3 Edema na Mucosa da Estomia.....	90
6.8.4 Descolamento Mucocutâneo.....	91
6.8.5 Fístula Digestiva	93
6.8.6 Retração da Estomia	95
6.8.7 Hérnia Paraestomal.....	97
6.8.8 Prolapso de Alça	98
6.8.9 Lesões Pseudoverrucosas	100
6.8.10 Estenose	101
6.8.11 Dermatite da Pele Periestomia.....	102
6.8.12 Granuloma.....	107
6.8.13 Malignidade na Estomia	107
6.8.14 Cristais de Fosfato	108
6.9 Métodos de Controle Intestinal	109
6.9.1 Método de Irrigação do Cólon	109
6.9.2 Ocluser/Obturador de Colostomia	117
6.10 Sistema para Fístulas.....	121
6.10.1 Componentes do Sistema para Tratamento de Fístulas	121

6.10.2 Orientações para Utilizar o Sistema para Fístulas	123
6.11 Vídeos Educativos	126
6.12 Divulgação de Livros, Manuais e Sites Relacionados	130
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS.....	135

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), vinculado à Linha de Pesquisa Educação em Saúde. As motivações para a realização do mesmo advêm da minha formação como especialista em estomaterapia, o que me levou a valorizar a importância do cuidado de enfermagem das pessoas com estomias. Principalmente, no que tange ao desenvolvimento desse tipo de trabalho para o cuidado ambulatorial.

Em minha prática profissional, desempenho a função de enfermeiro estomaterapeuta (ET) e percebo a dificuldade dos enfermeiros em desenvolver suas habilidades e competências junto aos pacientes com estomias. Muitas dessas dificuldades estão relacionadas à falta de treinamentos específicos relacionados ao tema. Outros fatos observados são a grande rotatividade desses profissionais, suas múltiplas atribuições e a falta da sistematização da assistência.

Constantemente, recebo solicitações de orientação e visitas técnicas. Os pedidos de ajuda dos profissionais envolvidos com o cuidado de pessoas com estomia chegam por meio de mensagens, *e-mails* e telefone celular. A maioria das dúvidas relaciona-se aos cuidados e ao tratamento de lesões de pele periestomia e às decisões sobre qual dispositivo coletor utilizar.

Em virtude de minha prática, tive a oportunidade de conhecer a realidade dos serviços de saúde de várias regiões do Rio Grande do Sul (RS) que atendem pessoas com estomias. Atualmente, há poucos serviços que contam com enfermeiro ET na dispensação de dispositivos e no atendimento da pessoa com estomia na rede pública do RS.

A maioria dos serviços públicos oferece atendimento e dispensação de materiais aos usuários. Contudo, esse trabalho é realizado por enfermeiros e técnicos de enfermagem com pouca ou nenhuma experiência na atenção ao paciente com estomia, e ambos manifestam dificuldades e dúvidas relacionadas ao cuidado. Alguns serviços sequer contam com um enfermeiro, de modo que a referida dispensação é feita apenas por um técnico ou outro servidor.

Nesse contexto, questiona-se: Como subsidiar com suporte teórico/prático os profissionais de saúde, em especial aos de enfermagem que atuam no Programa de Atendimento às Pessoas com Estomias do RS?

Este estudo justifica-se pela consideração de que os resultados apresentados podem subsidiar ações de cuidado e atendimento às pessoas com estomias. Além disso, contribui com informações relevantes para a prática dos profissionais da área, estimulando a produção científica de enfermeiros envolvidos direta ou indiretamente na assistência a essa clientela.

1.1 Objetivo

Elaborar um portal educativo para profissionais de enfermagem no atendimento a pessoas com estomia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está organizada de acordo com os seguintes temas: Impactos emocionais e sociais à pessoa com estomia; políticas públicas à pessoa com estomia; informações epidemiológicas de pessoas com estomias; educação profissional.

2.1 Impactos Emocionais e Sociais à Pessoa com Estomia

As palavras *estomia* e *estoma* têm origem grega e significam *boca* ou *abertura*. No contexto clínico, elas indicam a exteriorização de qualquer porção da luz de um órgão vital tubular. A confecção de estomias de eliminação se dá por ato cirúrgico, e tem por objetivo estabelecer a eliminação de secreções, fezes e/ou urina. (SANTOS; CESARETTI, 2015). Conforme o órgão e o segmento exteriorizado, elas são classificadas e recebem nomes diferentes. Assim, quando a abertura é feita em uma porção do intestino grosso, usa-se o nome de colostomia; se for do intestino delgado, ileostomia; e, quando é criada em razão de eliminações urinárias, recebe a denominação genérica de urostomia. (BURCH, 2014a).

A presença de uma estomia intestinal ou urinária traz mudanças na vida de quem necessitou submeter-se a esse procedimento, principalmente em virtude da perda do controle esfinteriano e do uso de dispositivos coletores de fezes e/ou urina. (BRESSAN; CARNEIRO, 2012). Além das transformações físicas, existem as psicoemocionais e sociais, associadas a alterações na imagem corporal. Muitos indivíduos passam a se sentir incapazes de retornar às suas atividades de vida diária, o que os conduz ao isolamento social. (MAURICIO; OLIVEIRA; LISBOA, 2013).

Ante essa nova condição física, a qual resulta também em alteração da imagem corporal, a estomia é vivenciada de forma contraditória pelos pacientes. De certo modo, eles sentem-se favorecidos pela obtenção de cura da doença, mas, por outro lado, tornam-se preocupados quanto às suas novas possibilidades de bem-estar, interação social e qualidade de vida. (CARVALHO, 2014; MONTEIRO et al., 2014).

Ao serem confrontadas com as mudanças, essas pessoas costumam lidar com a situação, aceitando-a como um desafio, experimentando sentimentos de autocontrole; ou adotam comportamentos de negação, recorrendo à fuga ou à minimização do problema. (SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

A confecção da estomia de eliminação traz à pessoa e sua família necessidades específicas e totalmente novas em virtude da utilização de equipamentos coletores para fezes ou urina. Isso requer que sejam desenvolvidos conhecimentos para realizar os cuidados higiênicos, a hidratação e os cuidados com a pele. (SANTOS; CESARETTI, 2015).

A assistência de enfermagem consiste em ajudar a desenvolver o autocuidado e/ou treinar um familiar para tanto, bem como oferecer apoio emocional e envolver a equipe multidisciplinar no processo de reabilitação. Inicialmente, contudo, alguns pacientes podem passar por um momento de luto, o que pode dificultar a implementação do autocuidado. É importante que o enfermeiro saiba identificar e compreender esse momento. (ALENCAR, 2015).

Assim, pode-se afirmar que uma pessoa submetida a uma estomia passa por um processo de ajustamento à nova condição. Por vezes, esse processo pode ser compreendido como um fenômeno que, embora se revele particularmente, é construído socialmente, visto que essa pessoa está inserida em situações de julgamento social sobre as diferenças; considerando o corpo ou o comportamento disfuncional como algo atípico. Dessa forma, muitas vezes, sobrevêm a elas, os sentimentos de medo, solidão e impotência, e costumam evitar locais públicos e convivência social. (ALBUQUERQUE, 2015).

Nesse sentido, a maioria dos pacientes, após a realização da estomia, vivencia os estágios emocionais de negação do seu próprio corpo e apresentam dificuldades relacionadas à sexualidade. Algumas disfunções fisiológicas podem ocorrer, a saber: no homem, diminuição ou perda da libido, redução ou ausência da capacidade de ereção; na mulher, por sua vez, redução ou perda da libido, dores durante a relação sexual, entre outras. (PEREIRA JUNIOR; HENRIQUES, 2010).

Para muitos a estomia representa uma agressão à sua integridade, o que produz um desequilíbrio psíquico. Com frequência, esse quadro gera momentos de depressão, levando inicialmente à preferência pela morte, até o indivíduo assimilar o seu quadro sistêmico e alcançar aceitação da situação. (PEREIRA JUNIOR; HENRIQUES, 2010).

Também há mudanças consideráveis relacionadas à alimentação e ao vestuário. Para evitar a flatulência excessiva e conseqüentemente, a eliminação de gases, a produção de ruídos e outras complicações, como a diarreia, é necessário identificar alimentos que as favoreçam. No que diz respeito ao vestuário, ocorrem

modificações nos hábitos em virtude do equipamento coletor. Nesse sentido, utilizam-se, sobretudo, roupas largas, as quais têm por objetivo esconder a bolsa coletora, entretanto, essa tática colabora para a decadência da autoestima. (POGGETO et al., 2012).

Essas pessoas requerem assistência específica por parte de uma equipe multiprofissional, sendo que os profissionais da enfermagem são os mais envolvidos com os cuidados relacionados à estomia. Desse modo, um plano de cuidados de enfermagem abrangente e contínuo constitui um desafio para esses profissionais e para as instituições de serviços de saúde. (GAMBOA, 2011).

A assistência de enfermagem durante a alta do paciente com estomia deve ser pautada, principalmente, em intervenções educativas que englobem orientações ao paciente e à família acerca do que necessitam saber e compreender. (AZEVEDO et al., 2015).

Muitos pacientes submetidos a cirurgias de confecção de estomias desconhecem as mudanças às quais necessitarão se adaptar no pós-operatório. Dessa forma é importante que o enfermeiro dê informações a fim de ajudar e garantir a continuidade do cuidado, minimizar possíveis complicações e aumentar a qualidade de vida dessas pessoas. (MAURÍCIO; OLIVEIRA; LISBOA, 2013).

Nesse contexto, a atuação da enfermagem insere-se no planejamento da assistência a esses usuários. Isso inclui a prestação de cuidado sistematizado desde o pré-operatório até meses após a alta hospitalar. Para acelerar o processo de adaptação, é importante proporcionar suporte psicológico e educação em saúde, com vistas a desenvolver no indivíduo a capacidade para o autocuidado. (MAURÍCIO; OLIVEIRA; LISBOA, 2013).

2.2 Políticas Públicas à Pessoa com Estomia

O SUS, entre outras disposições, tem por objetivo garantir ao usuário acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa lógica, foram estabelecidas garantias de atenção integral às pessoas com estomia, por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar. (ESPÍRITO SANTO, 2016).

As considerações do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), pelo seu Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004

(BRASIL, 2004), marcam a conquista da definição da estomia como uma deficiência física e garantem a essas pessoas o direito a todas as ações afirmativas praticadas no País. Dessa forma, prioriza-se seu atendimento e estabelecem-se normas gerais e critérios básicos para a promoção de sua acessibilidade. (ALBUQUERQUE, 2015; BRASIL, 2008; DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 400 de 16 de dezembro de 2009, estabelece diretrizes nacionais para Atenção à Saúde de Pessoas com Estomia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2009). Essas diretrizes preconizam que, entre os recursos humanos necessários para o atendimento desses usuários, seja indispensável a presença do enfermeiro com capacitação em assistência à pessoa com estomia, além de equipamentos e instalações físicas adequadas. (FERNANDES; MIGUIR; DONOSO, 2010).

A Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009 do MS define o modelo de implantação dos serviços de saúde para essa clientela em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, com a finalidade de atender pacientes para os quais for indicada a concessão de dispositivos coletores. (DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016).

O Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas com estomia é classificado em duas categorias: Atenção às Pessoas Estomizadas I e Atenção às Pessoas Estomizadas II. Cada um deles deve realizar ações específicas.

A categoria Atenção às Pessoas Estomizadas I tem a responsabilidade de:

- a) organizar a demanda e o atendimento da pessoa com estomia;
- b) realizar a prescrição e a dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes conforme periodicidade estabelecida;
- c) responsabilizar-se pela aquisição e pelo controle do estoque dos materiais;
- d) encaminhar e orientar para acompanhamento médico no serviço de origem;
- e) orientar os profissionais da atenção básica para o atendimento das pessoas com estomia;
- f) Incentivar os usuários à participação em grupos de apoio e ao convívio social e familiar;
- g) realizar e manter atualizado os cadastros;
- h) adotar as medidas necessárias quando detectada a possibilidade de reversão;

- i) realizar educação para autocuidado, além de avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família, e suas necessidades especificamente relacionadas à estomia e à pele periestomia. (BRASIL, 2009).

A categoria Atenção às Pessoas Estomizadas II, por sua vez, além das atribuições descritas na categoria I, também é responsável por:

- a) orientar e capacitar os profissionais da atenção básica e do Serviço na Categoria I;
- b) realizar a capacitação das equipes de saúde, no âmbito hospitalar, quanto à assistência nas etapas pré e pós-operatória (incluindo tanto a confecção de estoma quanto a reconstrução de trânsito natural), assim como o tratamento das complicações pós-operatórias;
- c) realizar a capacitação para técnicas especializadas aos profissionais no âmbito hospitalar e do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas I. (BRASIL, 2009).

O serviço que presta assistência especializada às pessoas com estomia, segundo a Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009 do MS, tem por objetivo a reabilitação do usuário, com ênfase na orientação para o autocuidado, na prevenção de complicações nas estomias e no fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Para tanto, devem dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à rede de assistência legalmente definida. (BRASIL, 2009).

As instalações físicas podem estar vinculadas à Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e ao Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Elas devem apresentar instalações físicas adequadas, com sala de reuniões para atendimento em grupo, sanitários femininos e masculinos com duchas higiênicas e trocador, local destinado ao estoque dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. (BRASIL, 2009).

Conforme a Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009 do MS, o serviço deverá dispor de uma equipe mínima, considerando as especificidades da Atenção às Pessoas Estomizadas I e II. O serviço da Atenção às Pessoas Estomizadas I é

constituído por: um médico clínico; um enfermeiro; um assistente social. O serviço da Atenção às Pessoas Estomizadas II, por sua vez: um médico (clínico, proctologista, urologista, gastroenterologista, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cancerologista cirúrgico, cirurgião de cabeça e pescoço ou cirurgião torácico); um enfermeiro (com capacitação em assistência a pessoas com estomia); um psicólogo; um nutricionista; um assistente social. (BRASIL, 2009).

Ainda sobre os aspectos legais, em 2012, a Lei nº 12.738/12 tornou 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 (BRASIL, 2012). No ano seguinte, a Agência de Saúde Suplementar (ANS) emitiu a Resolução Normativa nº 325, de 18 de abril de 2013, regulamentando o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector; de que trata o artigo 10-B da Lei nº 9.656 de 1998. (BRASIL, 2013b; DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016).

Registra-se que as primeiras iniciativas de normatização legal sobre a atenção aos estomizados estão dispostas nas Portarias nº 116 e 146 do MS, ambas de 1993, as quais estabelecem a concessão de equipamentos coletores. (BRASIL, 1993a, 1993b).

Consolidando as normas de proteção aos estomizados brasileiros, o Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999, em seu artigo 19º, inciso IX, define ajudas técnicas, com inclusão de bolsas coletoras para os portadores de estomia, garantindo um atendimento mais integral com vistas à qualidade de vida e à inclusão social. (BRASIL, 1999).

Cabe ressaltar que as políticas públicas de saúde voltadas às pessoas com estomias devem contemplar o acesso às necessidades de saúde por meio da garantia dos diversos níveis de assistência, de modo a possibilitar a integralidade da atenção. Essas diretrizes devem ser observadas em todas as unidades da federação, devendo ser respeitadas as competências das três esferas da gestão. (DINIZ et al., 2013).

Entretanto, apesar da existência das legislações citadas, esses pacientes ainda enfrentam dificuldades em razão do desconhecimento do assunto por parte da população, cabendo aos profissionais da área e às associações de estomizados o encargo de divulgar seus direitos e respectivos serviços de referência. (ESPÍRITO SANTO, 2016; SANTOS; SILVEIRA, 2015).

As pessoas com estomia estão amparadas por políticas públicas que norteiam o atendimento de maneira biopsicossocial. Contudo, tais políticas, que visam à dispensação de materiais e à formação de equipes de atendimento, não disponibilizam ferramentas sistemáticas e adequadas para viabilizar o atendimento ao paciente. (FERNANDES; MIGUIR; DONOSO, 2010). Entretanto, observa-se, que a consolidação desse serviço de assistência é um desafio a ser alcançado na grande maioria dos municípios da federação. (MAZON; PICCINI, 2015).

No RS, o cadastro de pacientes no programa de atendimento à pessoa com estomia é realizado pelo programa de Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD). Esse programa é uma ferramenta tecnológica elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pela Companhia de Processamento de Dados do Estado do RS (PROCERGS), com a finalidade de monitorar pacientes e dispensar materiais. (RIO GRANDE DO SUL, 2017b).

O sistema GUD fornece os registros referentes aos dispositivos coletores e adjuvantes que são utilizados pelos pacientes. O enfermeiro responsável pelo atendimento inclui no GUD as informações referentes ao paciente, ao material dispensado e às especificidades clínicas (acamados e terminais, quimioterapia/radioterapia, comorbidades, tais como saúde mental e deficiência intelectual grave, entre outras). Dessa forma, é possível determinar alteração no quantitativo de dispositivos coletores necessários para os usuários. (FEDERAÇÃO GAÚCHA DE ESTOMIZADOS, 2011).

O governo do estado do RS é responsável pela aquisição de dispositivos coletores e adjuvantes para estomias por meio de licitação pública. A execução desse trabalho está dividida entre 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), das quais fazem parte 497 municípios cuja atribuição é dispensar esses materiais. (RIO GRANDE DO SUL, 2017a).

Em se tratando de recursos técnicos para o atendimento, existem 54 itens para a dispensação do programa no RS. Entre eles estão bolsas drenáveis planas e convexas de diversos tamanhos (infantil e adulto), assim como bolsas fechadas; adjuvantes como pastas com e sem álcool, filtro antiodor; material de higiene e hidratação de pele; além de métodos oclusivos para colostomias e irrigador do cólon. (RIO GRANDE DO SUL, 2017b).

2.3 Informações Epidemiológicas de Pessoas com Estomias

Atualmente, no Brasil, há falta de registros confiáveis relacionados a pessoas com estomia. Isso gera grande deficiência no que diz respeito às bases de dados epidemiológicos que devem nortear a atividade especializada de enfermagem para um efetivo amparo social e para um melhor entendimento das necessidades individuais e comunitárias de uma região. (MONTEIRO et al., 2014; SANTOS, 2015).

Tendo em vista a não obrigatoriedade de notificação no ato da confecção do estoma, não há dados consolidados e atualizados sobre o número de estomizados no Brasil. Entretanto, algumas estimativas podem ser feitas a partir de informações publicadas em artigos, boletins, periódicos e *sites* que tratam do tema. (DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016).

Para a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), em 2003 havia 42.627 pessoas estomizadas cadastradas nas associações estaduais de 23 estados brasileiros. (SANTOS, 2015). No RS, conforme registros provenientes do Programa de Atenção à Pessoa com Estomia, a prevalência de estomizados está próxima a 9.500 pessoas. Esse número contempla também os incontinentes urinários e anais, em uma proporção de 10%. (RIO GRANDE DO SUL, 2017b).

Dados do MS indicam que em 2011 foram fornecidas pelo SUS 2.147.900 bolsas, resultantes de um investimento de R\$ 18,6 milhões. Entre janeiro e setembro desse mesmo ano, foram realizadas 1.702.201 cirurgias para novas estomias. Estima-se que, em média, cem mil pessoas necessitam utilizar bolsa de estomia no Brasil. (PLANOS..., 2014).

É no diagnóstico das estomias que se encontra o maior respaldo da literatura para fins epidemiológicos, demonstrando o amplo predomínio das neoplasias malignas intestinais e, por conseguinte, a confecção do estoma. (SANTOS, 2015).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2017), a estimativa de novos casos de câncer colorretal nos anos de 2016 e 2017 é de 34.280. Esse tipo de câncer abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso e o reto. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. A região Sul do Brasil é a terceira mais frequente para homens e a segunda para mulheres.

2.4 Educação Profissional

Diante da complexidade do tratamento e da reabilitação da pessoa com estomia, o enfermeiro ET é o profissional habilitado para o planejamento, a implementação e a avaliação do cuidado do paciente. (DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016). Trata-se de um profissional com especialização em nível de pós-graduação *lato sensu* em cursos reconhecidos pela *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET). Sua formação técnica habilita-o a assistir a pessoa com qualquer tipo de estomia, com fístulas, feridas (agudas e crônicas) e incontinências (anal e urinária), nos aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação. (SANTOS; CESARETTI, 2015).

Entre as funções do enfermeiro ET estão: as assistenciais, as investigativas e administrativas, as educacionais e de desenvolvimento profissional, a elaboração de protocolos para o de programas de ensino e a participação em atividades de educação permanente. (SANTOS; CESARETTI, 2015).

No Brasil, o número de especialistas ainda é pequeno nas instituições de saúde, e o cuidado da pessoa com estomia fica a cargo de enfermeiros generalistas ou ainda de profissionais da enfermagem de nível médio. (MAZON; PICCINI, 2015).

Nesse contexto, o enfermeiro assistencial tem um papel determinante na educação e na reabilitação da pessoa com estomia. Ele decide o modelo de dispositivo coletor e os adjuvantes necessários à adaptação e à segurança do usuário. Para tanto, é necessário estar tecnicamente qualificado, a fim de conhecer os dispositivos, entender indicações e finalidades de cada material. Sem essas duas variáveis, não é possível oferecer um cuidado de melhor qualidade a esse tipo de paciente. (REIS, 2014).

Para desenvolver uma adequada assistência à pessoa com estomia, o enfermeiro, na condição de educador, deve prover, além do aporte técnico e do apoio psicológico, um plano de educação em saúde. O intuito desse plano é colaborar com o desenvolvimento das habilidades da pessoa em assumir o autocuidado, pois isso favorece a crítica e a reflexão e, por conseguinte, a tomada de consciência sobre os caminhos que podem favorecer ou prejudicar sua saúde e seu bem-estar. (MARTINS; ALVIM, 2011).

Para auxiliar o profissional nessa fase, algumas ferramentas educativas de fácil acesso, tais como *sites* da internet, podem proporcionar conhecimentos

necessários, além de democratizar o acesso à informação. Essas ações garantem a atualização constante desse profissional.

Diante disso, acredita-se que a utilização de tecnologia educacional como estratégia e instrumento de apoio terapêutico, contendo orientações específicas sobre os cuidados à pessoa com estomia, contribuirá na prevenção de intercorrências. (CARVALHO, 2014).

Consideramos que os materiais educacionais tecnológicos favoreçam que profissionais de saúde e clientes vivenciem o processo ensino-aprendizagem de forma estimulante e objetiva, facilitando o esclarecimento de dúvidas e proporcionando a aprendizagem mais atrativa, inovadora e didática. (FONSECA et al., 2011).

Além disso, os recursos tecnológicos educativos na área da saúde são necessários ao enfermeiro, pois contribuem para um gerenciamento da assistência de enfermagem de forma humanizada, no âmbito da qualidade, da eficácia, da efetividade e da segurança. Dessa maneira, é possível garantir o uso adequado da tecnologia para o que ela foi desenvolvida e incorporada. (FONSECA et al., 2011).

3 MÉTODO

Nesta etapa, apresentam-se os procedimentos que foram utilizados neste estudo.

3.1 Delineamento de Pesquisa

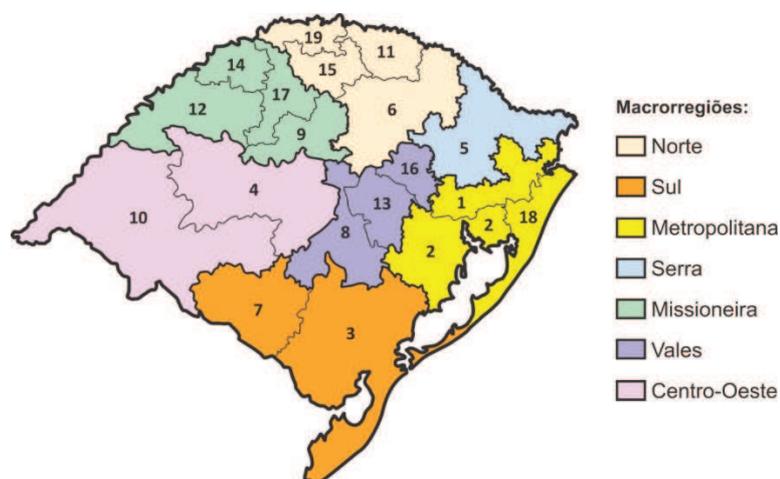
Pesquisa aplicada de desenvolvimento de recursos tecnológicos (APPOLINÁRIO, 2006) com objetivo de elaborar um portal educativo para profissionais de saúde, em especial aos de enfermagem que atuam no cuidado aos pacientes com estomia.

3.2 Portal Educativo

A elaboração deste Portal Educativo foi realizada a partir da atuação do pesquisador, na qualidade de enfermeiro ET junto à empresa Modulus Equipamentos Médicos Ltda. A referida empresa atua no ramo médico-hospitalar, comercializando materiais de estomia, curativos e de incontinência urinária e anal para as instituições de saúde do Estado do RS. O pesquisador presta assistência técnica gratuita em estomaterapia a instituições públicas e privadas de saúde (clínicas médicas, hospitais e na Atenção Primária), em municípios do RS (Figuras 1), por meio de capacitações e assessoria de enfermagem. No cotidiano de trabalho, frente as demandas dos profissionais, em especial de enfermagem, surgiram a necessidade da criação do Portal Educativo, visando divulgar as informações relacionadas ao tema e como subsídio para qualificar o cuidado a pessoas estomizadas.

O portal educativo foi constituído por qual consta de materiais de apoio didático, vídeos, atualizações e suporte para profissionais de saúde em especial aos de enfermagem que atuam no cuidado aos pacientes com estomia, bem como um *link* que direciona a publicações de manuais sobre o tema, além de sugestões de bibliografia complementar.

Figura 1 - Distribuição dos Municípios onde são realizadas as capacitações, no Rio Grande do Sul



Fonte: Rio Grande do Sul (2017a).

3.3 Etapas de Construção do Projeto do Portal Educativo

Para a construção do *design* de navegação do portal educativo, seguiram-se as seguintes etapas (COOK; DUPRAS, 2004; KALBACH, 2009):

- a) análise das necessidades;
- b) identificação dos usuários;
- c) organização do conteúdo;
- d) construção;
- e) manutenção.

3.3.1 Análise das Necessidades

A necessidade de elaborar esse portal surgiu das constantes demandas ao pesquisador, por orientação durante as visitas técnicas, bem como dos pedidos de ajuda advindos de profissionais de enfermagem envolvidos com o cuidado de pessoas estomizadas.

Foram listadas as demandas mais frequentes relacionadas às dúvidas desses profissionais, as quais são expressas ao pesquisador no cotidiano de sua prática como enfermeiro ET (Figura 2).

Figura 2 - Capacitação para os profissionais de saúde, realizada no plenário da Câmara de vereadores de Ibirubá



Fonte: Ibirubá... (2015).

3.3.2 Identificação dos Usuários

Os usuários do portal educativo foram definidos após a análise da necessidade do público (COOK; DUPRAS, 2004; KALBACH, 2009). Apesar de inicialmente ter sido pensada para o uso de profissionais de saúde, o portal será disponibilizado para pacientes com estomias e qualquer pessoa interessada no tema.

3.3.3 Organização do Conteúdo

A arquitetura das estruturas e do conteúdo do portal educativo foi concebida a partir de informações relacionadas ao tema. O referencial teórico foi subsidiado pela busca por estudos publicados nos últimos cinco anos, bem como por fontes secundárias.

A linguagem usada no portal educativo apresenta termos e abreviações técnicas, sendo disponibilizado um glossário com definições e sinônimos. Os ícones aparecem como um grupo no menu do *site*, distinguindo claramente o tema ao qual se referem. Isso aumentará a confiabilidade durante a navegação.

3.3.4 Construção

Os trabalhos técnicos de *web design* e programação foram delegados a um especialista em informática.

Foram utilizados recursos disponibilizados pela *web*, de forma que contribuam para o esclarecimento das dúvidas dos usuários que acessarem o portal educativo.

3.3.5 Manutenção

Será realizada a manutenção contínua do *site*, abrangendo resoluções de problemas técnicos por um especialista em informática. O conteúdo será atualizado regularmente, de acordo com as novas publicações e novidades, implementando-se possíveis mudanças a partir da avaliação do *site*.

A atualização será realizada conforme a demanda dos usuários e o surgimento de novas tecnologias relacionadas ao tema. Desse modo, poderão ser incluídos outros recursos de multimídia, *hiperlinks*, entre outros, se necessário. (COOK; DUPRAS, 2004; KALBACH, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo os autores e as fontes consultadas foram referenciados, conforme estabelecido na Lei nº 9.610/98 (BRASIL, 1998), alterada e revogada, e acrescentado pela Lei nº 12.853/13 (BRASIL, 2013a), que regulamenta os direitos autorais no Brasil.

Os benefícios do estudo estão pautados pela contribuição para a qualificação dos profissionais de enfermagem no que diz respeito ao cuidado da pessoa com estomia, com a elaboração de material educativo, de acesso gratuito, relacionado ao cotidiano profissional acerca do tema em estudo.

A maioria das imagens utilizadas para a elaboração do material educativo é de propriedade do pesquisador e da Empresa onde atua na qualidade de enfermeiro estomaterapeuta. As quais foram realizadas durante o cotidiano de seu trabalho, obtidas nos arquivos da Empresa e de outros enfermeiros que as cederam especificamente para este fim. Outras fontes de imagem foram palestras e atividades de orientação aos profissionais de saúde. O uso de todas as imagens foi mediante autorização expressa, conforme determina a Resolução nº. 554/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, no momento de sua captura, assim como pelos enfermeiros, observando-se a necessidade de mantê-los anônimos.

5 ELABORAÇÃO DO PORTAL EDUCATIVO

Neste capítulo apresenta-se a descrição de cada etapa da construção deste portal educativo.

Na *primeira etapa* foi realizada a análise das necessidades, considerando as demandas dos profissionais de enfermagem, identificadas em visitas técnicas de assessoria e nas atividades de educação em saúde, quando o pesquisador ministra palestras, rodas de conversa e encontros para discutir e partilhar cuidados ao paciente estomizado. As quais estavam relacionadas aos cuidados e ao tratamento de lesões da pele periestomia, ao uso de adjuvantes e dispositivos coletores e a métodos de irrigação de cólon.

Na *segunda etapa* foram identificados quem são os usuários. O portal foi pensado, em primeiro lugar, para os profissionais da área de enfermagem. Entretanto, ela poderá ser acessada por outros profissionais da área de saúde interessados no tema, bem como, por pessoas com estomia. O usuário poderá realizar seu cadastro (nome, *e-mail* e telefone), para receber informações sobre novidades, divulgação de eventos e outras notícias relacionadas.

A *terceira etapa* foi de organização do conteúdo, que foi construída após a elaboração de todo o material educativo a ser incluído no *site*. Também nessa etapa foi definido o *layout* da página.

A *quarta etapa* foi de construção do portal educativo. Os trabalhos técnicos de *web design* e programação foram delegados a um especialista em informática. Os recursos utilizados foram extraídos de *sites*, livros, dicionários, artigos, arquivos fotográficos, entre outros, de maneira a facilitar ao usuário o entendimento do portal.

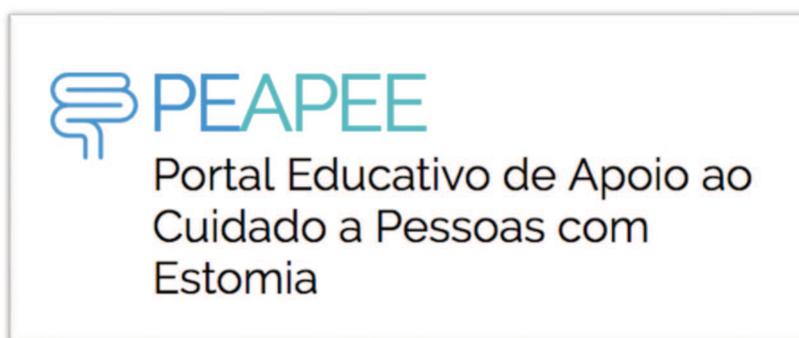
O Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia, está disponível no endereço eletrônico <<http://peapee.com.br>>, e o layout da página inicial apresenta-se conforme a Figura 3. Também, na construção do portal foi criada a marca “PEAPEE” (Figura 4), que está em processo de registro.

Figura 3 - Página inicial do Portal Educativo



Fonte: Desenvolvido pelo autor com colaboração de Maiara dos Santos Boff.

Figura 4 - Logotipo da marca PEAPEE



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A seguir apresenta-se o conteúdo elaborado, na terceira etapa, para a construção do Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia.

6 PORTAL EDUCATIVO DE APOIO AO CUIDADO A PESSOAS COM ESTOMIA

Neste capítulo apresenta-se os conteúdos elaborados para o Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia: glossário do site; estomias de eliminação intestinal e urinária; orientações para o cuidado com estomias de eliminação intestinal e urinária; orientações relativas à alimentação da pessoa com estomia; orientações para a manutenção da integridade da pele periestomia; orientações de uso dos dispositivos coletores; orientações de uso dos adjuvantes; complicações nas estomias e na região da pele periestomia; métodos de controle intestinal; sistema para fístulas; vídeos educativos; divulgação de livros, manuais e sites relacionados.

6.1 Glossário do Site

Os significados para a elaboração do glossário foram retirados de dicionários *online* e outros trabalhos relacionados ao tema, de modo que a maioria dos textos foi integralmente mantida como no original, bem como apresentadas suas fontes.

Abscesso: Formação purulenta desenvolvida numa cavidade neoformada em resultado da inflamação de um tecido no organismo. (ABSCESSO..., 2017).

Abrasão: Desgaste por fricção, esfoladura, escoriação. (ABRASÃO..., 2017).

Adjuvante para estomia: Material complementar ao equipamento coletor, potencializando os resultados e aumentando o desempenho, a segurança e a proteção da pele periestomia. Destacam-se a solução higienizadora de pele, o creme barreira, o pó secante, as pastas com e sem álcool, a pasta em tiras, o cinto, o *clamp* e o filtro antiodor. (MORAES; SANTOS; BORGES, 2016).

Amputação abdominoperineal do reto: Consiste na ressecção do sigmoide e do reto associada à ressecção do canal anal, cadeia linfática e vascular do mesorreto e a musculatura do soalho perineal. (OLIVEIRA; MELANI, 2015).

Anastomose ileoanal: Cirurgia em que o cólon e o revestimento do reto são removidos, deixando os músculos anais ou esfíncteres. A última parte do intestino delgado fica então ligada ao ânus, e cria-se uma bolsa interna para substituir o reto. (ANASTOMOSE..., 2017a).

Anastomose intestinal: Suturas entre dois segmentos do tubo digestivo para a reconstituição do trânsito intestinal. (ANASTOMOSE..., 2017b).

Ânus imperfurado: Oclusão congênita da abertura natural do ânus. (ANUS..., 2017).

Base adesiva convexa: Componente do equipamento coletor indicada para estomias retraídas ou planas. Apresenta uma curvatura que vai em direção à pele. (BURCH, 2014a).

Base adesiva plana: Componente do equipamento coletor indicado para estomias protrusas, é utilizado para aderir à pele periestomia, evitando que o efluente entre em contato com a pele. (BURCH, 2014a).

Bolsa coletora de uma peça: Também chamada de dispositivos coletores de uma peça, pode ser fechada ou drenável. A placa e a bolsa formam uma peça única. (BURCH, 2014a).

Bolsa coletora de duas peças: Também chamada de dispositivo coletor de duas peças. O coletor caracteriza-se por constituir-se de placa e bolsa em peças separadas, podendo ser fechada ou drenável. (BURCH, 2014a).

Bolsa drenável: Bolsa com uma abertura na parte inferior, o fechamento ocorre por um *clamp* ou fecho. (BURCH, 2014a).

Bolsa fechada: Bolsa sem uma abertura na parte inferior, descartável e indicada para colostomizados. (BURCH, 2014a).

Bolsa com placa pré-cortada: Caracteriza-se pelo fato de a placa adesiva estar com recorte definido pelo fabricante, não podendo ser recortada. Indicada para estomias com circunferência regular. (LAGE; PAULA; CESARETTI, 2014).

Bolsas com placa recortável: Bolsa em que é necessário realizar o recorte na placa adesiva de acordo com a circunferência e o formato da estomia. (LAGE; PAULA; CESARETTI, 2014).

Candidíase: Doença fúngica provocada por uma cândida (fungo). (CANDIDÍASE..., 2017).

Cistostomia: Formação de uma abertura na bexiga. (CISTOSTOMIA..., 2017).

Colectomia: Cirurgia para remoção, total ou parcial, do cólon. (COLECTOMIA..., 2017).

Coletor urinário de perna: Dispositivo urinário para conectar na bolsa de urostomia e fixar na perna. (BURCH, 2014a).

Coletor urinário noturno: Dispositivo coletor urinário para ser conectado na bolsa de urostomia à noite e fixado à beira da cama. (BURCH, 2014a).

Colostomia: Formação cirúrgica de uma abertura do cólon à parede abdominal; pode ser definitiva ou transitória. (COLOSTOMIA..., 2017a).

Colostomia ascendente: Estomia localizada na porção do cólon ascendente. (VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

Colostomia descendente: Estomia localizada na porção do cólon descendente. (VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

Colostomia em sigmoide: Estomia localizada na porção do cólon sigmoide. (VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

Colostomia em transverso: Estomia localizada na porção do cólon transverso.

(VASCONCELLOS; XAVIER, 2015).

Complicações imediatas nas estomias e pele periestomia: São aquelas que ocorrem nas primeiras 24 horas do pós-operatório. (PAULA; MATOS, 2015).

Complicações precoces nas estomias e pele periestomia: São complicações que aparecem ainda no período intra-hospitalar, geralmente, entre o primeiro e o sétimo dia de pós-operatório. (PAULA; MATOS, 2015).

Complicações tardias nas estomias e pele periestomia: São as complicações que se manifestam após a alta hospitalar, ou até meses após a confecção da estomia. (PAULA; MATOS, 2015).

Constipação: Prisão de ventre, dificuldade de evacuação, obstipação. (CONSTIPAÇÃO..., 2017).

Demarcação de estomia: Planejamento do local no abdome onde será realizada a estomia. (PAULA; CESARETTI, 2014a).

Dermatite periestomia: É quando a pele ao redor da estomia perde a sua integridade, suas causas podem ser diversas. Podendo ser alérgica, irritativa, por infecção e por trauma mecânico. (CRESSEY et al., 2017).

Descolamento mucocutâneo: É uma ruptura da linha de sutura entre a estomia e a parede abdominal, podendo ocorrer por tensão excessiva, infecção ou cicatrização deficiente. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Diarreia: Evacuação intestinal que se repete, em regra, com frequência maior do que o normal, e em que as fezes são semilíquidas ou líquidas. (DIARREIA..., 2017).

Distúrbios hidroeletrólíticos: Ocorrem quando a pessoa perde grande quantidade de líquido e eletrólito. (SCHREIBER, 2016).

Edema de mucosa: Resposta fisiológica do organismo ao trauma cirúrgico pela

manipulação da alça intestinal, desaparecendo espontaneamente nas primeiras duas a seis semanas de pós-operatório. (PAULA; CESARETTI, 2014b).

Enfermeira Estomaterapeuta (ET): Enfermeira especialista, que tem conhecimento, treinamento e habilidade para cuidado de qualquer tipo de pessoa estomizada e de portadores de fístulas, feridas agudas e crônicas e incontinências anal e urinária. (SANTOS; CESARETTI, 2015).

Enterocolite: Inflamação do intestino delgado (enterite) e do cólon (colite). (ENTEROCOLITE..., 2017).

Eritema: Vermelhidão congestiva da pele por dilatação dos capilares; desaparece temporariamente com a pressão. (ERITEMA..., 2017).

Erosão: Ulceração superficial da pele que atinge apenas a epiderme. (EROSÃO..., 2017).

Erupção: Aparecimento na pele ou nas mucosas de diversos tipos de lesão (máculas, pápulas, vesículas, manchas, pústulas, qualquer exantema). (ERUPÇÃO..., 2017).

Estenose: Constrição ou aperto, congênito ou não, de qualquer orifício ou canal orgânico. (ESTENOSE..., 2017).

Estomia: Orifício criado artificialmente no abdome. (ESTOMA, 2017).

Estomia definitiva: É uma estomia na qual não há possibilidade de restabelecimento do trânsito intestinal. (BURCH, 2015).

Estomia em alça: Estomia separada parcialmente, exteriorizada no mesmo orifício, onde se apresentam um fim distal e outro proximal. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Estomia em dupla boca: Estomia que apresenta uma alça proximal e outra distal, separadas por completo, podendo ser exteriorizadas no mesmo orifício ou em locais separados. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Estomia protrusa: É uma estomia que fica acima da linha do abdome, ou seja, naturalmente projetada para frente. (PROTRUSÃO..., 2017).

Estomia retraída: A estomia cuja altura está abaixo do nível da pele. (CRESSEY et al., 2017).

Estomia temporária: É construída visando o restabelecimento, posterior, do trânsito intestinal ou urinário. (BURCH, 2015).

Estomia terminal: Constitui-se por apenas uma abertura, e, em geral, é definitiva. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Fístulas: Comunicação anormal entre dois órgãos ou estruturas revestidas por epitélio. (HERBELLA; LAURINO NETO, 2015).

Flange da placa: É o anel plástico no sistema coletor de duas peças onde ocorre o encaixe da placa adesiva na bolsa coletora. (LAGE; PAULA; CESARETTI, 2014).

Fáscia: Tecido conjuntivo que envolve músculos, grupos musculares, vasos sanguíneos e nervos. (FÁSCIA..., 2017).

Flatulência: Acumulação de gases no estômago e nos intestinos, acompanhada de desconforto e distensão abdominal, seguida, muitas vezes, de expulsão de gases pelo ânus. (FLATULÊNCIA..., 2017).

Foliculite: Inflamação dos folículos pilosos. (FOLICULITE..., 2017).

Granulomas: Lesão úmida e vermelha que se apresenta na junção mucocutânea como resposta imunológica aos pontos de sutura retidos ou ao contato da pele com a umidade excessiva proveniente dos efluentes. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Haste de sustentação: Cateter plástico ou de borracha utilizado temporariamente sob as estomias em alça para impedir seu deslocamento. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Hérnia: É uma protrusão de vísceras abdominais, através da abertura para a exteriorização da estomia, formando uma proeminência na região paraestomal (PAULA; CESARETTI, 2014b).

Hiperplasia: Aumento benigno de um tecido causado por multiplicação celular. (HIPERPLASIA..., 2017).

Ileostomia: Abertura do íleo na parede abdominal para excreção do conteúdo intestinal. (ILEOSTOMIA..., 2017a).

Irrigação da colostomia: É um método mecânico para controle do hábito intestinal. (SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Lesão pseudoverrucosa: Pequenos nódulos com formato plano ou discretamente protruso que se desenvolvem na borda mucocutânea da estomia ou na pele periestomia em razão da exposição prolongada à umidade. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Maceração: Dano na pele de coloração esbranquiçada resultante do contato com excesso de umidade. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Necrose: Morte celular ou do tecido orgânico como resultado da irrigação tecidual deficiente. (NECROSE..., 2017).

Nefrostomia: Intervenção cirúrgica em que se realiza uma abertura renal de drenagem. (NEFROSTOMIA..., 2017).

Operação de Bricker: Urostomia efetuada por meio de enxerto ileal, que recebe os dois ureteres, desembocando na superfície da pele do abdome. (OPERAÇÃO DE BRICKER..., 2017).

Operação de Hartmann: Operação efetuada para tratamento de câncer do reto. Faz-se a ressecção do cólon pélvico e da porção superior do reto, formando-se a estomia com o cólon descendente. (OPERAÇÃO DE HARTMANN..., 2017).

Oclusor/obturador para colostomia: É um sistema de tampão que apresenta filtro ativado, confeccionado de espuma de poliuretano, envolvido por uma película lubrificada e hidrossolúvel. Indicado para as sigmoidostomias e colostomias descendentes, resultando na suspensão do uso do equipamento coletor. (LAGE; PAULA; CESARETTI, 2014).

Pele periestomia: É a pele ao redor da estomia. (CRESSEY et al., 2017).

Prolapso: Deslocamento de um órgão ou parte dele para fora do seu lugar normal, também denominada descida, queda, etc. (PROLAPSO..., 2017).

Retocolite: Doença crônica, inflamatória e ulcerativa do reto e do cólon, caracterizada por surtos sucessivos de diarreia hemopurulenta, dores abdominais e sinais e sintomas gerais (anorexia, astenia, emagrecimento e febre). (RETOCOLITE..., 2017).

Rash cutâneo ou exantema: Aparecimento de erupções cutâneas vermelhas em uma região específica ou por todo o corpo. (EXANTEMA..., 2017).

Turgor da pele: É a elasticidade da pele, ou seja, sua habilidade de se esticar e retomar a força original. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Ulceração: Presença de ferida que envolve a camada da derme. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Ureter: Canal par, cilíndrico, fibromuscular, de aproximadamente 35 ou 40 cm que conduz a urina do rim (bacinete) à bexiga (meato vesical). (URETER..., 2017).

Ureterostomia cutânea: É a derivação urinária na qual o ureter é transposto através da parede abdominal, abrindo-se uma exteriorização cutânea. (MACIEL, 2014).

Uretra: Canal que liga a bexiga ao exterior, sendo que no homem também permite a passagem do esperma. (URETRA..., 2017).

Urostomia: Uma abertura criada cirurgicamente no sistema urinário, com o objetivo da manutenção do escoamento da urina para o meio externo. (MACIEL, 2014).

Válvula antirrefluxo: Sistema das bolsas de urostomia que não permite o retorno da urina para a base da bolsa. (REIS, 2014).

6.2 Estomias de Eliminação Intestinal e Urinária

As palavras *estomia* e *estoma* têm origem grega e significam *boca* ou *abertura*. No contexto clínico, elas indicam a exteriorização de qualquer porção da luz de um órgão vital tubular. A confecção de estomias se dá por ato cirúrgico, e tem por objetivo estabelecer a eliminação de secreções, fezes e/ou urina. (SANTOS; CESARETTI, 2015). Conforme o órgão e o segmento exteriorizado, elas são classificadas e recebem nomes diferentes. Assim, quando a abertura é feita em uma porção do intestino grosso, usa-se o nome de colostomia; se for do intestino delgado, ileostomia; e, quando é criada em razão de eliminações urinárias, recebe a denominação genérica de urostomia. (BURCH, 2014a).

As principais causas para a realização da estomia de eliminação são as neoplasias, os distúrbios congênitos, os traumas e as doenças inflamatórias intestinais (diverticulite, colite ulcerativa e doença de Crohn). (BURCH, 2014b). As eliminações passam a ser feitas por um orifício no abdome, de modo contínuo, sendo necessário o uso de um dispositivo coletor. (NEIL et al., 2016).

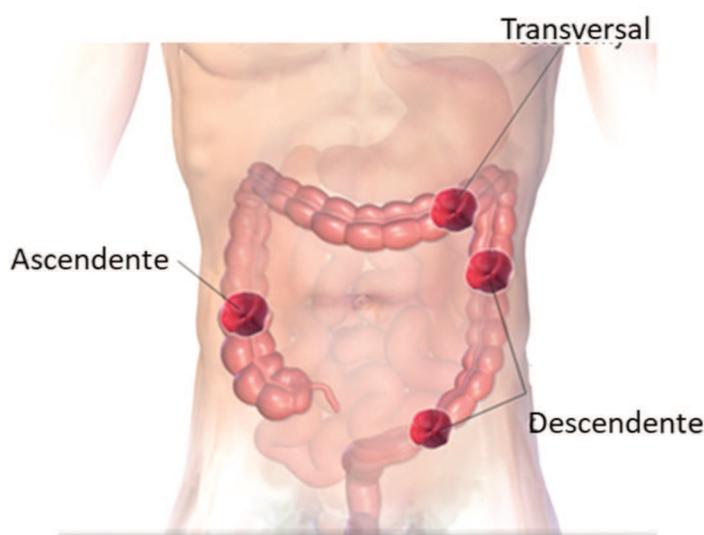
A estomia pode ser temporária ou definitiva. A temporária é construída visando o restabelecimento, posterior, do trânsito intestinal ou urinário. Já, a definitiva não permite tal restabelecimento. Ambas também podem ser classificadas quanto ao tipo e à forma. (BURCH, 2015; POGGETO et al., 2012).

Quanto ao tipo, a estomia de eliminação pode ser classificada em intestinal ou urinária. Na intestinal, ocorre a exteriorização do segmento do intestino grosso (colostomia) ou delgado (ileostomia). Enquanto na estomia urinária ocorre a exteriorização de um seguimento ileal, ureter ou a implantação de cateter. (BURCH, 2015). A seguir são descritas as estomias de eliminação intestinal e urinária.

6.2.1 Classificação das Estomias de Eliminação Intestinal quanto ao Tipo: Colostomia e Ileostomia

A *colostomia* é a exteriorização do cólon justaposta à pele da parede abdominal anterior. De acordo com a localização, pode ser caracterizada como ascendente, transversa, descendente ou sigmoide. A consistência das fezes altera-se de acordo com a localização dessa exteriorização do cólon. (BURCH, 2014a). Na Figura 5 apresentam-se as posições anatômicas das colostomias, e no Quadro 1, a descrição das características dos efluentes.

Figura 5 - Figura esquemática das posições anatômicas das colostomias



Fonte: Colostomia... (2017b).

Quadro 1 - Descrição das colostomias quanto à localização, consistência e pH das fezes

Colostomia	Consistência das fezes	pH
Ascendente	- Eliminação é líquida ou semilíquida. - Eflui quase continuamente podendo ser muito irritativa para a pele periestomia.	Alcalino (≥ 8)
Transversa	- Eliminação é semilíquida, podendo ocasionalmente ser semissólida.	-
Descendente	- Eliminação é mais consistente.	-
Sigmoide	- Eliminação consistente com fezes completamente formadas	Neutro (5 a 6)

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Burch (2014a) e Diniz, Campos e Brito (2016).

A *ileostomia* é uma estomia de eliminação intestinal, geralmente localizada à direita, com protrusão de aproximadamente 25 a 35 mm. É formada com a exteriorização do íleo na superfície da parede abdominal (Figura 6). As eliminações

são de consistência líquida ou semilíquida, altamente irritantes para a pele periestomia em razão do teor elevado em enzimas proteolíticas e do pH alcalino. (PAULA; SPERANZINI, 2014; POGGETO et al., 2012).

Figura 6 - Esquema da posição anatômica da ileostomia

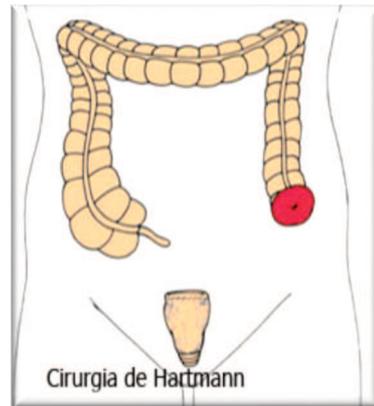


Fonte: Ileostomia... (2017b).

6.2.2 Classificação das Estomias de Eliminação Intestinal quanto à Forma: Terminal, em Alça e Duas Bocas

Quando à forma, a estomia intestinal é classificada em terminal, em alça e em duas bocas. As quais poderão estar localizadas no intestino grosso (colostomia) ou no intestino delgado (ileostomia). A *estomia terminal* é constituída por apenas uma boca ou abertura. Em geral, é definitiva, exceto nos casos de colostomia de Hartmann (Figura 7), que se apresenta na mesma forma, mas tem a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Figura 7 - Posição anatômica da colostomia terminal do tipo Hartmann



Fonte: Cirurgia... (2017).

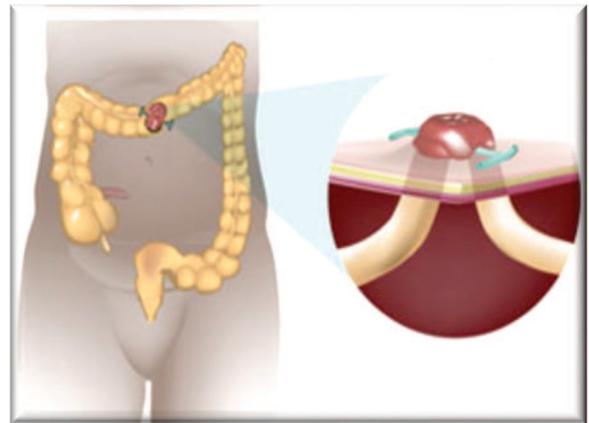
A *estomia em alça* é constituída por duas bocas unidas parcialmente e exteriorizadas pelo mesmo orifício, formando uma estomia com segmento proximal (funcionante) e distal (não funcionante). Em geral, localiza-se no cólon transverso. (PAULA; SPERANZINI, 2014). Na Fotografia 1 e na Figura 8 apresentam-se imagens de colostomia em alça.

Fotografia 1 - Colostomia em alça



Fonte: Acervo pessoal do autor (2017).

Figura 8 - Colostomia em alça



Fonte: Assessment Technologies Institute (LLC) (2017).

A estomia em alça é realizada com previsão do restabelecimento do trânsito intestinal. Temporariamente poderá ter uma haste de sustentação (Fotografia 2), sob a alça intestinal, para impedir seu deslocamento. Para isso, utiliza-se um cateter plástico ou de borracha, que será retirado entre sete e dez dias após o procedimento cirúrgico. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Fotografia 2 - Estomia em alça com a haste de sustentação



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

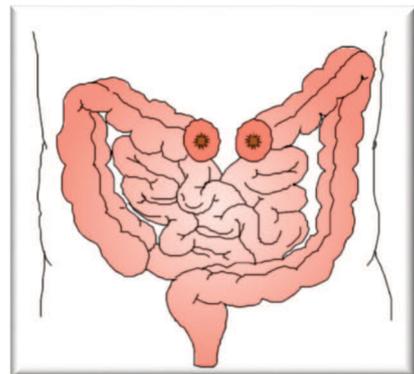
A *estomia em duas bocas* ou *canal duplo* é constituída por duas estomias completamente separadas, os quais são exteriorizadas justapostas no mesmo orifício na forma de *cano de escopeta* (Fotografia 3 e Figura 9) ou exteriorizadas no abdome em locais distantes (Fotografia 4 e Figura 10) e o segmento distal denominado de fístula mucosa. (PAULA; SPERANZINI, 2014).

Fotografia 3 - Estomia em cano de escopeta



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET, Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

Figura 9 - Estomia em cano de escopeta



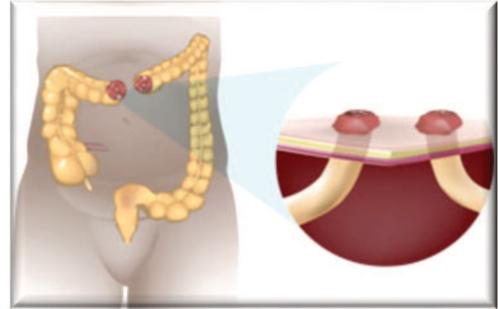
Fonte: Double-Barrel... (2017).

Fotografia 4 - Estomia dupla boca exteriorizada em locais distantes



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

Figura 10 - Estomia dupla boca exteriorizada em locais distantes



Fonte: Assessment Technologies Institute (LLC) (2017).

6.2.3 Estomias de Eliminação Urinária

A urostomia é uma derivação urinária com o objetivo de drenar a urina dos rins para o meio externo. (MACIEL, 2014). Pode ser de vários tipos: cistostomia, vesicostomia, ureterosigmoidostomia, entre outros. (BORGES; RIBEIRO, 2015). Neste estudo serão abordadas aquelas que necessitam de bolsa coletora, conforme descritas a seguir.

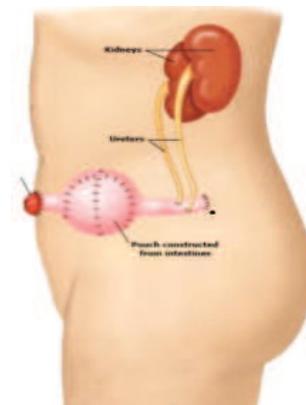
Na *ureteroileostomia* ocorre a exteriorização de um segmento do íleo (Fotografia 5 e Figura 11). Esse procedimento também é denominado cirurgia de Bricker (MACIEL, 2014).

Fotografia 5 - Ureteroileostomia



Fonte: Acervo pessoal do autor (2017).

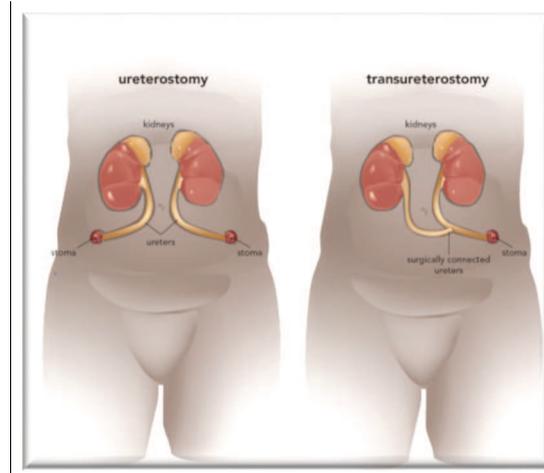
Figura 11 - Ureteroileostomia



Fonte: Pereira (2014).

Na *ureterostomia cutânea* ocorre a exteriorização do ureter na parede abdominal, podendo ser bilateral ou unilateral. (Figura 12). (MACIEL, 2014).

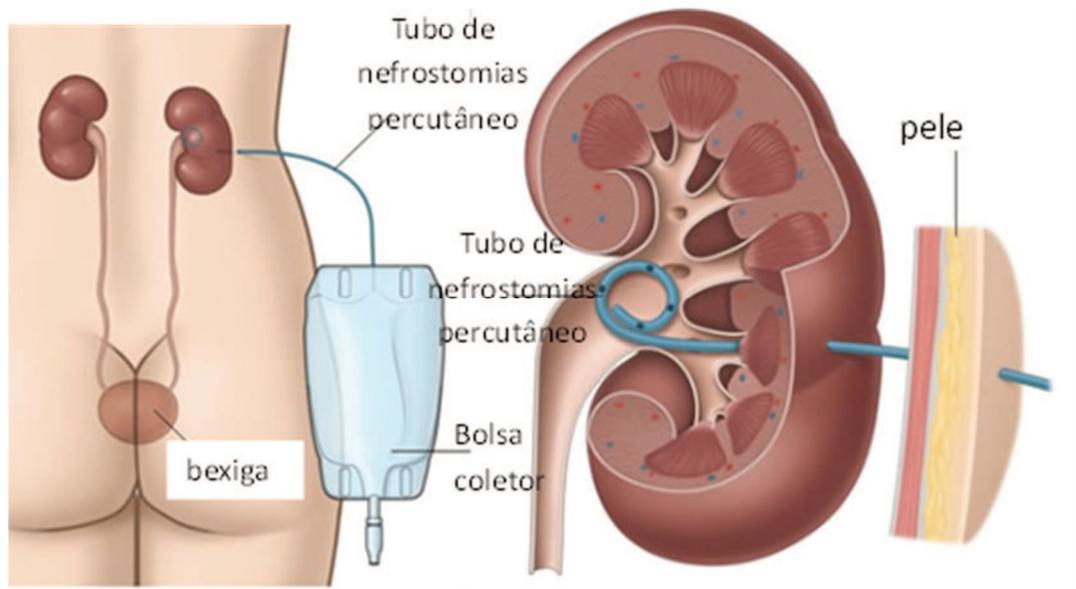
Figura 12 - Ureterostomia cutânea bilateral e unilateral



Fonte: Assessment Technologies Institute (LLC) (2017).

Na *nefrostomia*, por sua vez, ocorre a drenagem da urina por meio de um cateter uretral inserido na pelve renal, o que é feito por uma incisão no flanco (Figura 13). (LEWIS et al., 2013; MACIEL, 2014).

Figura 13 - Nefrostomia percutânea



Fonte: Nefrostomia... (2017).

6.3 Orientações para o Cuidado com Estomias de Eliminação Intestinal e Urinária

A enfermagem tem a responsabilidade de participar de todas as etapas do cuidado da pessoa com estomia. No período pré-operatório, realiza a demarcação do local da estomia. Na alta hospitalar, participa do ensino para o autocuidado, da prevenção e do tratamento de intercorrências, da troca de equipamentos coletores e encaminha o paciente ao programa de estomias de sua região. (LENZA et al., 2013).

Para a pessoa que se depara com a necessidade de realizar uma estomia, as modificações corporais podem ocasionar tanto perdas tangíveis como simbólicas que afetam negativamente suas vidas. Dentre as tangíveis, destacam-se a interrupção dos hábitos intestinais ocasionada pela perda do controle fecal e da eliminação de gases. Essa mudança, por consequência, tem impacto simbólico, pois leva à exposição da intimidade, uma vez que o ato de evacuar deixa de ser íntimo e privativo. Além disso, a possibilidade ou o sentimento de haver mau cheiro pode gerar dificuldade em manter relações interpessoais e sensação de incapacidade de lidar com a vida. (ORTIZ-RIVAS, 2014).

Para que ocorra o autocuidado, faz-se necessário identificar as necessidades individuais, o potencial para a aprendizagem, e o nível de conscientização do estomizado e da família. Portanto, para que haja a reabilitação e o autocuidado da pessoa com estomia, é necessário que o enfermeiro esteja subsidiado tecnicamente para adequar sua prática às necessidades desse público específico, com atenção especial às questões educativas. (MORAIS, 2013).

Para o uso dos equipamentos coletores, a pessoa com estomia deve adquirir habilidade básicas para o autocuidado. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017). As dificuldades no manuseio dos dispositivos são decorrentes de uma série de alterações que torna difícil se adaptar à nova situação. Concorre para o agravamento dessa questão também a suscetibilidade a problemas emocionais, dentre as quais se destacam a idade avançada ou a própria debilidade física ocasionada pela doença que levou a estomização. (ORTIZ-RIVAS, 2014).

Nessa perspectiva, a assistência de enfermagem à pessoa com estomia deve englobar orientações relativas ao tipo de estomia e à alimentação adequada, bem como ações específicas de cuidado com a manutenção da integridade da pele periestomia, orientações de uso dos adjuvantes e dos dispositivos coletores,

orientações para prevenção e tratamento de intercorrências nas estomias e região periestomia. Essas ações e orientações devem ser planejadas e executadas em todas as fases do processo, visando alcançar a reabilitação. (SCHREIBER, 2016).

6.4 Orientações Relativas à Alimentação da Pessoa com Estomia

À pessoa com estomia é importante considerar a necessidade de adequar sua alimentação, observando a influência de seus hábitos alimentares na regulação das características e da frequência das eliminações intestinais. Assim, saberá identificar os alimentos que o organismo não tolera, restringindo aqueles que potencializam gases e odores, o que lhe causa desconforto quando não são feitas essas restrições. (DALLA BARBA; 2017).

As orientações relacionadas à alimentação das pessoas com estomias intestinais devem se iniciar no pós-operatório. Os alimentos devem ser inseridos na dieta gradualmente, observando seus efeitos sobre o funcionamento intestinal. (BORGES; RIBEIRO, 2015; CESARETTI et al., 2015).

A pessoa com estomia deve observar a sintomatologia presente e, assim, procurar minimizar as intercorrências, como flatulência excessiva, constipação e diarreia. Para que essas intercorrências sejam diminuídas ou evitadas, algumas recomendações são importantes, tais como: fracionar as refeições, mastigar bem os alimentos, evitar bebidas gaseificadas e diminuir o volume das refeições ao anoitecer. Também se recomenda a adoção das seguintes práticas alimentares: consumir vegetais cozidos e não folhosos; alimentar-se em ambiente calmo e tranquilo; ingerir, em média, dois litros de líquidos por dia; evitar alimentos gordurosos, condimentos industrializados e produtos embutidos. (BORGES; RIBEIRO, 2015; MORAIS, 2013).

O tratamento dietoterápico tem como objetivo manter ou recuperar o estado nutricional, repor líquidos e nutrientes perdidos. Também contribui para que o efluente tenha pouco volume, seja pastoso, sem odor desagradável ou excesso de gás. (BORGES, RIBEIRO, 2015).

Nos pacientes com ileostomia, a absorção de vitamina B12, ferro, magnésio, gordura e ácido fólico é pobre. Além disso, há perda de água e sódio na eliminação dos efluentes. Portanto, esses pacientes devem ser monitorados quanto à necessidade de reposição dessas perdas, fazendo uso de suplementos conforme necessário. (SCHREIBER, 2016).

Em síntese, é importante que a pessoa com estomia intestinal seja informada sobre os alimentos que podem provocar constipação, serem laxativos, bem como sobre os que diminuem ou intensificam o mau cheiro das fezes ou produzem gases. Alguns desses alimentos são apresentados no Quadro 2. (BORGES; RIBEIRO, 2015; MORAIS, 2013).

Quadro 2 - Alguns alimentos e seus efeitos no intestino e nas fezes

Efeito possível	Alimentos
Constipação	Ricota fresca, queijo branco, batata inglesa, mandioca, cenoura, maisena, sagu, maçã (cozida, raspada, assada, purê), banana-maçã, banana-prata, limão e todas as frutas cozidas sem casca e com pouco açúcar, gelatina, arroz branco, chuchu, abobrinha, abóbora, berinjela sem casca, macarrão.
Efeito laxativo	Frutas cruas em geral e bagaço de frutas, feijão, lentilha, ervilha, grão de bico, nozes, castanha, avelã, coco, amendoim, cevada, aveia, centeio, farelo de trigo, produtos integrais, verduras cruas ou cozidas em geral (couve, pimentão, couve-flor, pepino, tomate, etc.), queijos gordos e maturados (parmesão, roquefort, etc.), embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela) <i>chantilly</i> , creme de leite, coalhada, iogurte. Deve-se evitar também frituras, alimentos gordurosos, picantes (mostarda, pimenta, páprica) e doces com muito açúcar.
Gases no organismo	Frutos do mar em geral, leguminosas (ervilha, lentilha, grão de bico), repolho, brócolis, couve-flor, cebola, pimentão, pepino, ovos, queijos muito maturados (parmesão, gorgonzola, etc.), açúcar branco ou mascavo e doces com muito açúcar, bebidas gasosas, chocolates e bolos.
Diminuição dos odores nas fezes	Maçã (sob qualquer forma), iogurte ou coalhada integrais e sem soro, chá concentrado de salsinha ou salsão, frutas perfumadas sem casca e bem maduras como pêssego, pera e morango.
Intensificação do mau cheiro das fezes	Peixes em geral (liberam cheiro amoniacoal), frutos do mar em geral, carnes em conserva ou muito temperadas e defumadas, ovos cozidos, repolho, brócolis, milho, couve-flor, cebola e alho cru.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Morais (2013).

Pacientes com estomia urinária devem ser orientados a ingerir em média de 2,5 a 3,0 litros de água por dia, pois a ingestão abundante de água é a melhor maneira de evitar infecção urinária. Além disso, deve-se levar em consideração alimentos que

mantenham a urina em estado ácido, prevenindo a formação de cristais urinários decorrentes da alcalinização da urina. (MORAIS, 2013).

Em síntese, é importante que a pessoa com estomia urinária seja informada sobre alimentos que ajudam a acidificar ou a alcalinizar a urina, bem como sobre alimentos ricos em potássio, que alteram a cor ou que aumentam ou diminuem o odor na urina. Alguns desses alimentos são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Alguns alimentos e seus efeitos na urina

Efeito	Alimentos
Urina ácida	Carnes, pães e cereais, queijo, milho, mirtilo, ovos, macarrão, nozes, arroz, ameixa, ameixa seca, peixes e frango.
Urina alcalina	Sucos de frutas vermelhas, vitamina C, suco de tomate, frutas cítricas.
Ricos em Potássio	Banana, pêsego, batata, melão, lentilha, couve-flor.
Alteração da cor	Beterraba, cenoura.
Alteração do odor	Pescados, ovos, couve-flor, brócolis, cebola, repolho, couve, aspargo.
Redução do odor	Soro de leite, salsa, iogurte.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Morais (2013).

6.5 Orientações para a Manutenção da Integridade da Pele Periestomia

A pele periestomia íntegra (Fotografia 6) desempenha papel importante no funcionamento de todo o equipamento coletor, pois é onde a placa adesiva fica fixada (REITH et al., 2013). Quando a região periestomia apresenta lesões, a consequência imediata é a redução na capacidade do dispositivo de manter-se fixo. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Fotografia 6 - Pele periestomia íntegra

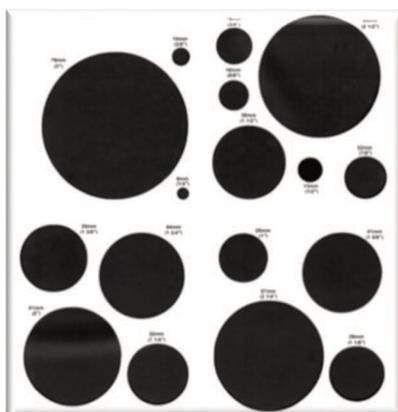


Fonte: Acervo pessoal do autor (2017).

A pele periestomia deve ser mantida limpa e seca, pois o efluente fecal ou urinário pode causar alteração na sua integridade. Seu monitoramento é responsabilidade da enfermagem e ponto essencial de educação para o paciente. (SCHREIBER, 2016).

No pós-operatório, a estomia apresenta-se edemaciada e a diminuição do tamanho ocorre em algumas semanas, podendo-se alterar o formato. Nessa fase, é importante realizar a mensuração frequente da estomia com o guia de mensuração (Figura 14), a fim de que o recorte da placa seja adequado. (BURCH, 2014a; NEIL et al., 2016).

Figura 14 - Guia de mensuração para estomias



Fonte: Régua... (2017).

Para evitar lesões na pele, em virtude do contato com o efluente (Fotografia 7), o recorte da placa adesiva não deve ser maior que 3 milímetros em referência à circunferência da estomia. (BURCH, 2014b; SCHREIBER, 2016).

Fotografia 7 - Lesão na pele periestomia causada pelo contato do efluente em virtude do recorte inadequado da placa adesiva



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET, Neiva Maria Salton (2014).

A pele periestomia deve ser avaliada, a cada troca do dispositivo coletor, quanto ao turgor, à cor, à integridade e à área para aplicação da placa. (BORGES; RIBEIRO, 2015). Na avaliação do turgor, a pele poderá ser normal com boa elasticidade, apresentar-se flácida ou muito firme.

Na avaliação quanto à cor, a pele poderá apresenta-se normal (Fotografia 8), ou seja, sem diferença de cor quando comparada à pele sem o adesivo; com eritema (Fotografia 9); ou, ainda, com lesão de pele, podendo variar de lilás a amarela (Fotografia 10). (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Fotografia 8 - Pele de cor normal



Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

Fotografia 9 - Pele com eritema



Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

Fotografia 10 - Pele escurecida



Fonte: Acervo pessoal da Enf. ET, Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

Na avaliação da integridade, as alterações na pele manifestam-se, principalmente, pela ocorrência de maceração, erosão, erupção cutânea e ulcerações. (BORGES; RIBEIRO, 2015; REITH et al., 2013). Outras complicações na pele periestomia são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Complicações da pele periestomia

(continua)

Complicações	Imagens	
<p>Lesão de malignidade na área periestomia</p>		

(conclusão)

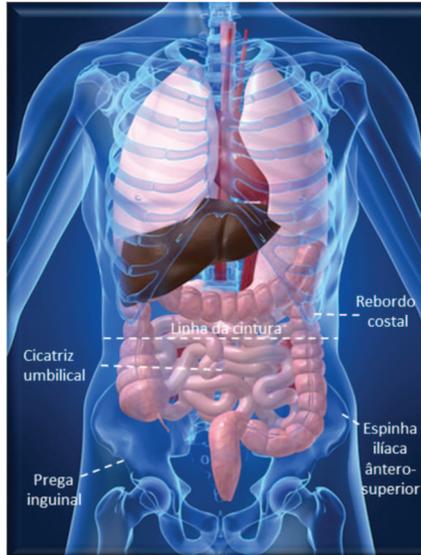
Dermatite irritativa		
Dermatite por trauma mecânico		
Infecção por Cândida		
Lesão pseudoverrucosa		
Foliculite		

Fonte: Elaborado pelo autor, com base no acervo pessoal do autor (2017), acervo pessoal da Enfermeira Aline Royer (2017), acervo pessoal da enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015), acervo pessoal da enfermeira ET Neiva Maria Salton (2014). Prime Health Channel (2011).

Na avaliação da área para aplicação da placa do dispositivo coletor, devem ser considerados pontos anatômicos importantes para a fixação da bolsa (Figura 15). A

má adaptação causa vazamento de fezes ou urina sob a placa, ocasionando lesão na pele. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Figura 15 - Pontos anatômicos a serem considerados para fixação da bolsa



Fonte: Tennenbaum (2016).

Alguns fatores relacionados à área de aplicação dificultam a aderência da placa do dispositivo coletor. Dentre eles destacam-se: a fragilidade da pele periestomia devido à idade e às condições cutâneas, a proximidade da estomia a depressões, pregas cutâneas, dobra abdominal (Fotografia 11) ou contorno da pele periestomia irregular (Fotografia 12) e proeminências ósseas (Fotografia 13). (NEIL et al., 2016).

Fotografia 11 - Dobra abdominal



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014)

Fotografia 12 - Entorno irregular da pele



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Neiva Maria Salton (2013).

Fotografia 13 - Proeminências ósseas



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET, Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

A avaliação da área para escolha e aplicação da placa do dispositivo deve ser realizada com a pessoa na posição deitada (Fotografia 14) e sentada (Fotografia 15), pois

a posição altera o aspecto da superfície da pele, ficando visíveis as irregularidades. (HOEFLOK; PURNELLI, 2017; HOEFLOK et al., 2017).

Fotografia 14 - Posição deitada



Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

Fotografia 15 - Posição sentada



Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

Além do que já foi referido, para manutenção da integridade da pele periestomia são necessários os seguintes cuidados:

- a) a limpeza deve ser feita delicadamente com água e sabão ou soluções específicas. (BURCH, 2014a);
- b) substâncias como álcool, benzina, colônias, tintura de benjoim, mercúrio e mertiolate não devem ser utilizadas. Elas ressecam a pele, causando lesões e reações alérgicas. Além disso, podem impedir a adaptação do coletor, causando descolamento e/ou vazamento. (CRESSEY et al., 2017);
- c) os pelos devem ser aparados com tesoura de pontas curvas. Não se devem utilizar lâminas, para evitar as lesões e a inflamação da raiz dos pelos. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017);
- d) deve-se proteger a estomia com gaze umedecida e expor a pele periestomia ao sol da manhã, por 15 a 20 minutos (MARTINS et al., 2012). Contudo, essa exposição está contraindicada para as pessoas que estiverem em tratamento de quimioterapia ou radioterapia. (CARVALHO, 2014).

6.6 Orientações de Uso dos Dispositivos Coletores

Diversos produtos voltados para os cuidados da pessoa com estomia estão disponíveis no mercado brasileiro. Há dispositivos coletores com alta tecnologia que oferecem segurança e conforto. Dentre eles, destacam-se as válvulas antirrefluxo nas bolsas coletoras para urostomia; as bolsas para estomias intestinais com plástico

hipoalergênico e com sistema antirruído; e as bolsas com filtro, cuja finalidade é eliminar os odores dos gases. (DINIZ; CAMPOS; BRITO, 2016).

As bases adesivas são protetores cutâneos que protegem a pele periestomia do contato com o efluente e atuam no tratamento da pele lesada. (HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012). Para a adesão e a permanência do equipamento coletor na pele, devem ser avaliadas as condições da área para aplicação, bem como o formato da placa. Os modelos das placas são apresentados no Quadro 5. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Quadro 5 - Formato das placas adesivas

(continua)

Formato	Modelo de Placa	
Redonda e oval		
Rígida e flexível		
Pré-cortada e recortável		



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

As bolsas podem ser de uma (Figura 16) ou duas peças (Figura 17). Nos dispositivos de duas peças, uma (placa) é aderida à pele periestomia e a outra (bolsa de estomia) é adaptada para a drenagem fecal e ou urinária. (BURCH, 2013a; 2014a; SCHREIBER, 2016).

Figura 16 - Bolsa de uma peça



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Figura 17 - Bolsa de duas peças



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.6.1 Indicação para o Uso de Dispositivos Coletores

A indicação dos equipamentos dependerá das características da estomia como, tipo, temporalidade, localização, protrusão, tamanho, formato, contorno abdominal, complicações precoces ou tardias e características do efluente. Em relação à pele periestomia é necessário avaliá-la quanto à integridade. (SHIMURA, 2016).

No pós-operatório imediato, recomenda-se o uso de bolsa de material transparente e drenável, de uma peça (Figura 18), a fim de possibilitar a observação das características da estomia e de seu efluente. (BURCH, 2014a; FARIA, 2016).

Figura 18 - Bolsa transparente



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Para os pacientes com ileostomia, recomenda-se o uso de bolsa drenável opaca (Figura 19), a qual deve ser esvaziada quando estiver com um terço ou menos da metade de sua capacidade. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Figura 19 - Bolsa opaca



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Quando tratar-se de uma colostomia descendente ou sigmoidostomia, recomenda-se o uso de bolsa fechada, opaca, com filtro que permita a eliminação de gases (Figura 20). Essa bolsa é indicada para pacientes que apresentem, no máximo, duas eliminações ao dia, considerando que o dispositivo coletor deve ser trocado logo após a eliminação do efluente. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Figura 20 - Bolsa fechada



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

O uso de bolsa drenável, de uma (Figura 21) ou duas peças (Figura 22), opaca, de preferência com filtro, é indicado a pessoas com colostomias que apresentam mais de duas eliminações por dia. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Figura 21 - Bolsa de uma peça opaca com filtro



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Figura 22 - Bolsa de duas peças opaca com filtro



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

No que se refere a bolsas com placas convexas (Figura 23), a necessidade se dá pela característica da estomia no que se refere à protrusão. Pode ser utilizada por pessoas com colostomia, ileostomia e urostomia, com a finalidade de gerenciar infiltrações decorrentes de estomias retraídas e entorno irregular da pele periestomia. (HOEFLOK; PURNELLI, 2017).

Considera-se adequado para colostomias uma protrusão da alça de 5 milímetros. Para as ileostomias e as urostomias, por sua vez, recomenda-se 25 milímetros, direcionando, dessa forma, os efluentes para dentro da bolsa coletora, o que minimiza seu contato com a pele na área do recorte da base. (BURCH, 2014b).

A convexidade é definida como a curvatura da placa adesiva em direção à pele. Produtos convexos são frequentemente citados como os meios indicados para estomas retraídos, a fim de compensar irregularidades na pele periestomia. (HOEFLOK et al., 2017).

Figura 23 - Placa convexa



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Para as urostomias, o equipamento coletor deve ter placa capaz de adaptar-se na pele periestomia, a fim de formar uma barreira de proteção e prevenir lesões. As bolsas para urostomia (Figura 24) apresentam válvulas internas antirrefluxo, as quais evitam que a urina coletada na bolsa retorne para a base adesiva (BURCH, 2014a). A bolsa também deve apresentar uma válvula de drenagem na parte inferior, para que seja possível ser esvaziada quando estiver a um terço de sua capacidade (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Figura 24 - Bolsa de urostomia



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Durante a noite, o usuário urostomizado, poderá utilizar o dispositivo coletor urinário noturno (Figura 25), que é adaptado à bolsa coletora e fixado na beira da cama (BURCH, 2014b). Esse dispositivo em capacidade para coletar até 2000 ml de urina. Dessa forma, a pessoa não necessita acordar para esvaziar o dispositivo. Nessa perspectiva, durante o dia, o urostomizado poderá utilizar um dispositivo com capacidade para 500 ml, fixado na perna por meio de cinta elástica. (BORGES; RIBEIRO, 2015; BURCH, 2014a; CESARETTI et al., 2015).

Figura 25 - Dispositivo coletor urinário noturno



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

O paciente em uso da bolsa coletora deve ser foco de práticas educativas para seu manuseio adequado, e orientado sobre como e quando trocar a base

adesiva (Figura 26). Dessa forma, pode-se prevenir lesões de pele decorrentes do vazamento do dispositivo. (BURCH, 2014b).

Figura 26 - Cuidados na retirada da base adesiva e da bolsa coletora

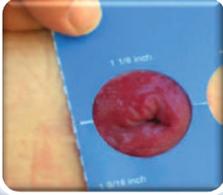


Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Burch (2014b); Coloplast do Brasil (2017) e Steinhagem, Colwell e Cannon (2017).

6.6.2 Orientações para Utilizar os Dispositivos Coletores de Uma Peça

Para a adaptação do dispositivo coletor de uma peça, é necessário que o profissional de enfermagem oriente sobre os cuidados com a preparação, a aplicação, o esvaziamento e o fechamento do dispositivo coletor. (BURCH, 2014b). Conforme ilustrado pelas Figuras 27, 28, 29 e 30.

Figura 27 - Cuidados com a preparação da placa do dispositivo coletor de uma peça

	<p>Mensure o tamanho da estomia.</p>
	<p>Desenhe a estomia no verso da placa, seguindo o tamanho e formato sugeridos após a mensuração.</p>
	<p>Com uma tesoura de pontas curvas, recorte a placa, contornando o desenho e respeitando a folga máxima de 3mm.</p>
	<p>Remova o filme protetor do adesivo, puxando pela aba azul.</p>

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

Figura 28 - Cuidados com a aplicação do dispositivo coletor de uma peça

(continua)

	<p>Aplique a bolsa, encaixando o estoma no orifício previamente recortado.</p>
	<p>Massageie levemente para fixar a placa à pele.</p>

(conclusão)



Após a troca da bolsa, a pessoa deve ser orientada a permanecer por, no mínimo, 15 minutos sem dobrar o corpo (sentar, abaixar), para facilitar a aderência e evitar que o coletor descole.

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

Figura 29 - Cuidados com o esvaziamento do dispositivo coletor de uma peça



Esvazie o coletor quando estiver com um terço de seu espaço preenchido, para não ficar pesado e deslocar-se da pele.
Abra o fecho da bolsa, soltando as duas abas da placa de velcro.



Segure a parte inferior do fecho para evitar o escape involuntário do efluente.



Pressione as extremidades do fecho para que forme uma passagem. Esvazie a bolsa e, se preferir, lave internamente com água.



Limpe o fecho com um pedaço de papel.

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

Figura 30 - Cuidados com o fechamento da bolsa do dispositivo coletor de uma peça

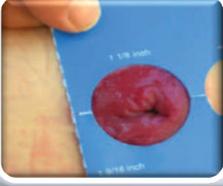
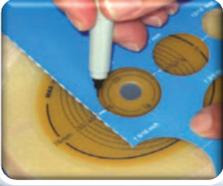
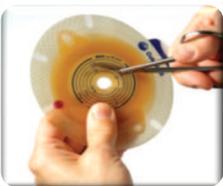


Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

6.6.3 Orientações para Utilizar os Dispositivos Coletores de Duas Peças

Os dispositivos de duas peças são indicados para pessoas que tenham uma vida social ativa, permitindo que a bolsa seja substituída sem a troca da placa adesiva. (BURCH, 2013a). As orientações para o cuidado com a utilização do dispositivo de duas peças envolvem a preparação, a aplicação, o reposicionamento e o esvaziamento do dispositivo coletor (BURCH, 2014b), conforme ilustrado pelas Figuras 31 32, 33 e 34.

Figura 31 - Cuidados com a preparação da placa do dispositivo coletor de duas peças

	Mensure o tamanho da estomia.
	Desenhe a estomia no verso da placa, seguindo o tamanho e o formato sugeridos após a mensuração.
	Recorte a placa contornando o desenho. Respeite a folga máxima de 3 mm.
	Remova o filme protetor do adesivo puxando pela aba azul.

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

Figura 32 - Cuidados com a aplicação do dispositivo coletor de duas peças



Aplique a placa encaixando a estomia no orifício previamente recortado.
Massageie levemente para fixar a placa à pele.



A bolsa deve ser adaptada na placa adesiva de baixo para cima, e a adaptação deve ser revisada, para evitar vazamentos.



Deslize os dedos sobre a área de acoplamento para assegurar-se do encaixe perfeito entre placa e bolsa.



Pressione o sistema de fechamento até ouvir um clique. O clique é a garantia de que o sistema foi fechado corretamente.



Após a troca da bolsa, a pessoa deve ser orientada a permanecer por, no mínimo, 15 minutos sem dobrar o corpo (sentar-se ou abaixar-se) para facilitar a aderência e evitar que o coletor se descole.

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

Figura 33 - Cuidados com a reposição da bolsa do dispositivo coletor de duas peças



O sistema de fechamento permite reposicionar a bolsa sem retirá-la. Pressione o botão branco para abrir o sistema de fechamento.

Gire a bolsa na direção que desejar.

Pressione novamente o sistema de fechamento até obter um clique audível.

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

Figura 34 - Cuidados com o esvaziamento da bolsa do dispositivo coletor de duas peças



O esvaziamento da bolsa poderá ser realizado sem reter a placa adesiva.
Para retirar a bolsa, pressione o botão do sistema de fechamento, que sinaliza com um clique audível a abertura da bolsa.

Remova delicadamente a bolsa, puxando pela aba branca.

Fonte: Coloplast do Brasil (2012).

6.7 Orientações de Uso dos Adjuvantes

Atualmente, existem vários modelos de bolsas de estomia e adjuvantes, o que gera mais possibilidades de escolha do equipamento adequado a cada usuário estomizado. (BURCH, 2014b).

O enfermeiro tem a responsabilidade de elaborar o planejamento assistencial, integral e individualizado, para a escolha do material a ser utilizado, considerando as necessidades de cada pessoa. Além disso, deve-se envolver a família e o cuidador na prevenção de complicações, objetivando a adaptação aos dispositivos coletores e adjuvantes. (BURCH, 2014b).

Os adjuvantes para estomia contam com várias combinações de polímeros que se comportam de formas diferentes quando aplicados à pele periestomia. Desse modo, atendem às características específicas de cada usuário. Para obter resultado satisfatório, é preciso conhecer o produto a ser utilizado, incluindo sua composição e suas características, devendo ser utilizados em combinação com o dispositivo coletor. (NEIL et al., 2016).

Quando usados adequadamente, os adjuvantes para estomia previnem complicações periestomia subsequentes. Seu uso justifica-se, principalmente, por: melhorar a adesão da placa adesiva; promover a formação de barreira protetora; gerar economia proporcionada pelo aumento da durabilidade do dispositivo. (BURCH, 2014b; NEIL et al., 2016).

Atualmente, os adjuvantes disponíveis no mercado são diversos. Dentre eles, destacam-se: tiras moldáveis de hidrocoloide; resina sintética em pó; filtro de carvão; cinto elástico, *clamp* para fechamento da bolsa; placas protetoras; protetor cutâneo em *spray*; resina sintética em pastas com e sem álcool; higienizador de pele; creme barreira; e solução lubrificante neutralizadora de odor. (CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012).

6.7.1 Tiras Moldáveis de Hidrocoloide

As tiras de hidrocoloide para estomias são compostas de uma mistura em pó de polímeros hidrofílicos com borracha líquida não volátil, sendo moldáveis e não alcoólicas (Figura 35). Seu objetivo é reduzir o risco de danos cutâneos. Estão indicadas para: nivelamento da pele, preencher vincos e áreas periestomais irregulares e auxiliar na prevenção de vazamentos. (BURCH, 2013b; CESARETTI et al., 2015; SCHREIBER, 2016).

Figura 35 - Tiras moldáveis de hidrocoloide



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

As tiras moldáveis de hidrocoloide podem ser utilizadas diretamente na pele do paciente e no entorno do recorte da bolsa, conforme explicado na Figura 36.

Figura 36 - Orientação para aplicação da tira moldável de hidrocoloide

	Destaque uma tira de hidrocoloide.
	Remova o filme protetor que reveste a tira.
	Molde a tira de acordo com a necessidade de uso.
	Certifique-se de que a pele periestomia esteja limpa e seca. Aplique a tira de hidrocoloide diretamente na pele do paciente e modele-a usando os dedos.
	A tira também poderá ser aplicada no entorno do recorte da bolsa. Não é necessário umedecer a tira de hidrocoloide.

Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.7.2 Resina Sintética em Pó

A resina sintética em pó (Figura 37) é composta por carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina. É indicada para os casos de maceração da pele periestomia e dermatite de contato. (BURCH, 2014b; CESARETTI et al., 2015; PELLEGRINO, 2014).

Figura 37 - Resina sintética em pó



Fonte: Brava® (2015).

A resina sintética em pó deve ser utilizada apenas em lesões de pele periestomia com umidade (Fotografia 16). Após a aplicação, essa umidade é absorvida (Fotografia 17), aumentando o tempo de adesividade da base e tratando a pele lesada pelos efluentes. (HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012; SCHREIBER, 2016). Na Figura 38 são descritas as orientações para a aplicação da resina sintética em pó para estomias.

Fotografia 16 - Lesão por umidade



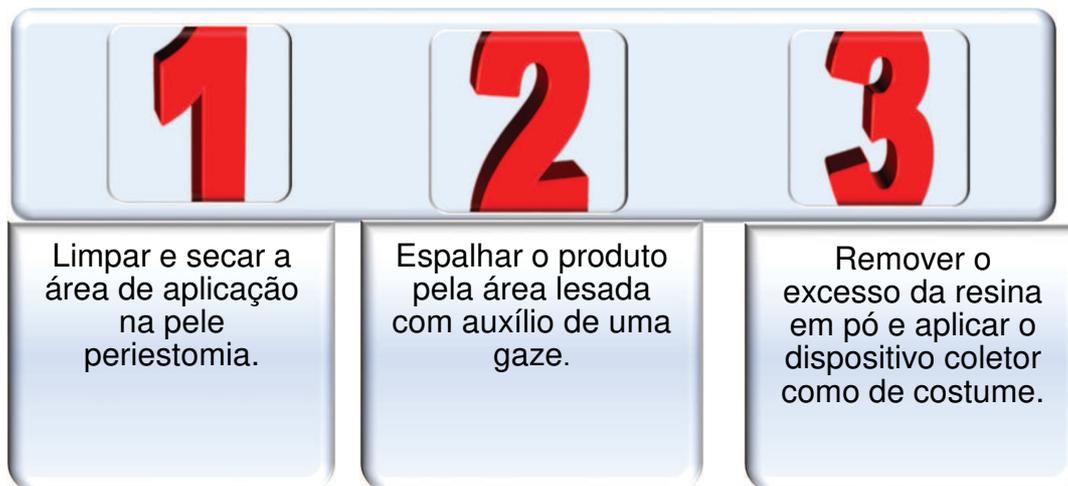
Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

Fotografia 17 - Lesão por umidade com resina sintética em pó



Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

Figura 38 - Orientação para aplicação da resina sintética em pó



Fonte: Elaborado pelo autor com base em Coloplast do Brasil (2013).

6.7.3 Filtro de Carvão

O filtro de carvão assegura a eliminação sem odor de gases retidos na bolsa e pode vir como sua parte integrante (Figura 39) ou na forma de cartela adesiva (Figura 40). Tem a função de filtrar o odor proveniente dos gases produzidos, principalmente nas colostomias, liberando o ar e impedindo que a bolsa fique insuflada. (BURCH, 2014b; CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012).

Figura 39 - Filtro como parte integrante da bolsa



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

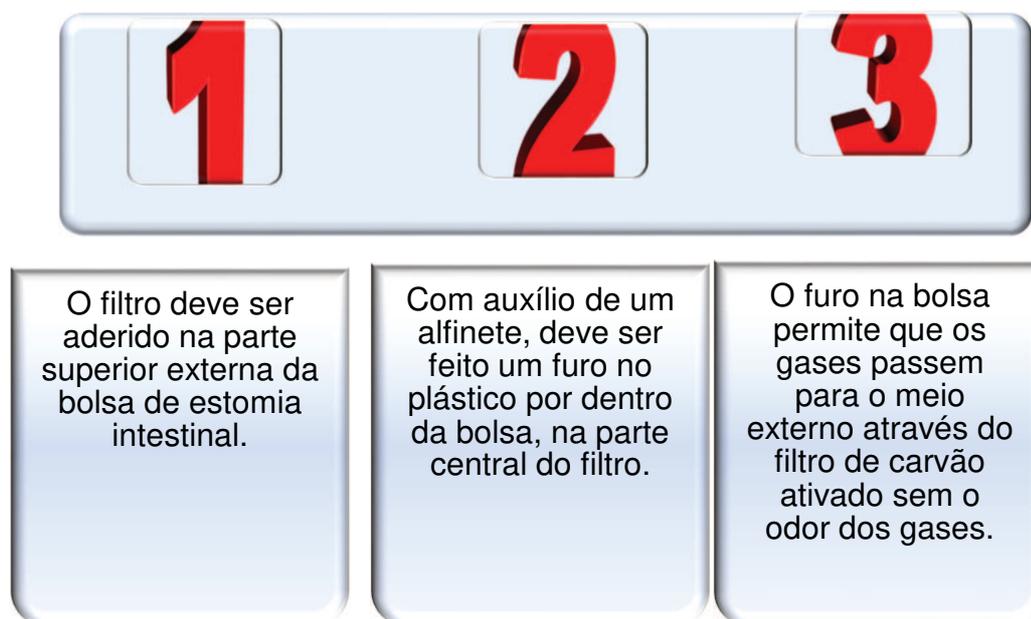
Figura 40 - Filtro na forma de cartela adesiva



Fonte: Coloplast do Brasil (2010a).

Se o filtro antidolor não vier acoplado à bolsa de estomia intestinal, é necessário aplicá-lo conforme descrito na Figura 41.

Figura 41 - Orientação para utilização do filtro de carvão



Fonte: Elaborado pelo autor com base em Coloplast do Brasil (2010a).

6.7.4 Cinto Elástico

O cinto consiste em um elástico com encaixes nas extremidades que se adaptam às bases adesivas ou às bolsas, que apresentam haste em forma de linguetas. (Figura 42). Tem a finalidade de auxiliar a fixação da base adesiva e pode ser ajustado à circunferência abdominal. São compatíveis com alguns coletores intestinais e urinários. (BURCH, 2013b; CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012).

O cinto de estomia fornece suporte ao sistema de adesão da bolsa coletora ao abdome. Também é indicado para auxiliar o sistema de convexidade no ajuste adequado à pressão exercida pela bolsa no abdome, quando for necessário. (HOEFLOK et al., 2017).

Figura 42 - Cinto e base adesiva com haste para cinto



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.7.5 Clamp para Fechamento da Bolsa

O *clamp* para fechamento da bolsa apresenta-se em diversos formatos (Quadro 6) e é utilizado para ocluir a bolsa drenável, proporcionando vedação para ileostomias, colostomias e colostomias úmidas, excetuando-se as urostomias. Também é conhecido como presilha ou pinça.

Quadro 6 - Modelos de *clamp* para fechamento



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Clamp... (2017) e Clipe... (2016).

O formato de fecho em *velcro* é indicado para pacientes com pouca destreza manual ou com dificuldades de visualização da bolsa coletora. Esse modelo de fechamento é de fácil manuseio e está integrado à bolsa. (Figura 43). (CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012).

Outras vantagens do sistema de fechamento integrado na bolsa coletora são a economia por não comprar o *clamp* e a evitação de problemas como perda ou dano da peça de fechamento. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Figura 43 - Modelo de bolsa coletora com fechamento em *velcro*



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.7.6 Placas Protetoras

As placas protetoras atuam como barreira e como suporte para a fixação do equipamento coletor, principalmente quando a área lesada é extensa. Está indicada para o uso na pele periestomia, reduzindo o risco de irritação pelos efluentes. Conta com as seguintes apresentações: placas em formato quadrado, em tiras e em meia-lua (Figura 44). (CESARETTI et al., 2015).

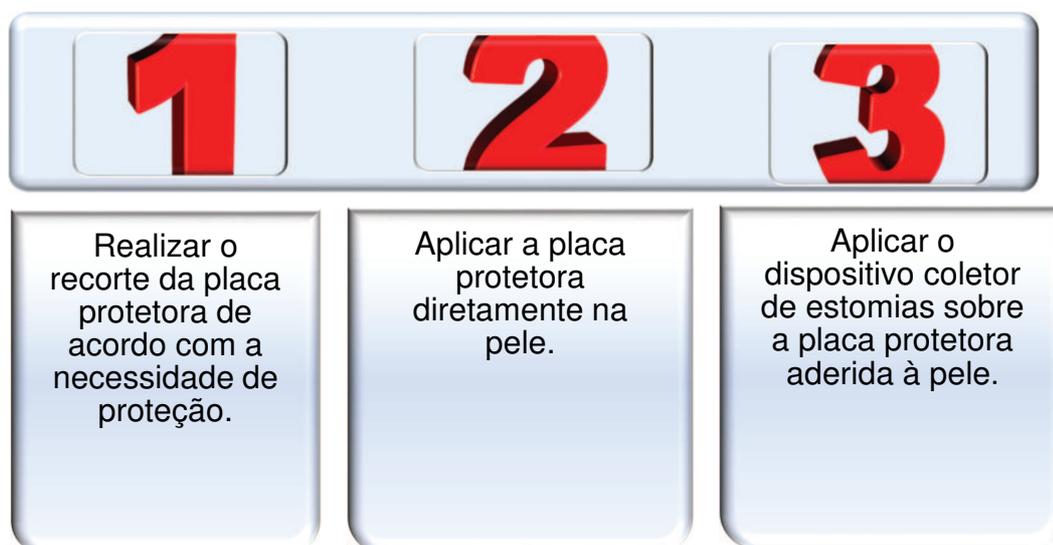
Figura 44 - Placas protetoras



Fonte: Brava® (2013).

As placas protetoras protegem a pele no caso de vazamento do dispositivo e aceleram o processo cicatricial da pele periestomia lesada. (BURCH, 2013a). Na Figura 45 são descritas as orientações para uso das placas protetoras.

Figura 45 - Orientações para uso das placas protetoras



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Brava® (2013).

Quando houver a necessidade de auxiliar a fixação da base adesiva do dispositivo coletor à pele, deve-se utilizar fita em formato de *meia-lua* ou *y*. Indicada, principalmente, quando o usuário é alérgico a adesivos microporosos. A fita deverá ficar aderida à pele, cobrindo parte da base adesiva do coletor. (Figura 46). (BRAVA®, 2013).

Figura 46 - Orientação para aplicar as placas protetoras formato *meia-lua* e *y*



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.7.7 Protetor Cutâneo *Spray*

O protetor cutâneo *spray* (Figura 47) é uma barreira protetora, que quando aplicada à pele, forma uma película semipermeável e incolor, tornando-se barreira contra fluídos corpóreos advindos de estomias e fístulas. (BURCH, 2014b; CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012). A película formada com

o *spray* barreira é suficiente para proteger a pele, sendo desnecessária a hidratação após seu uso. (BURCH, 2015).

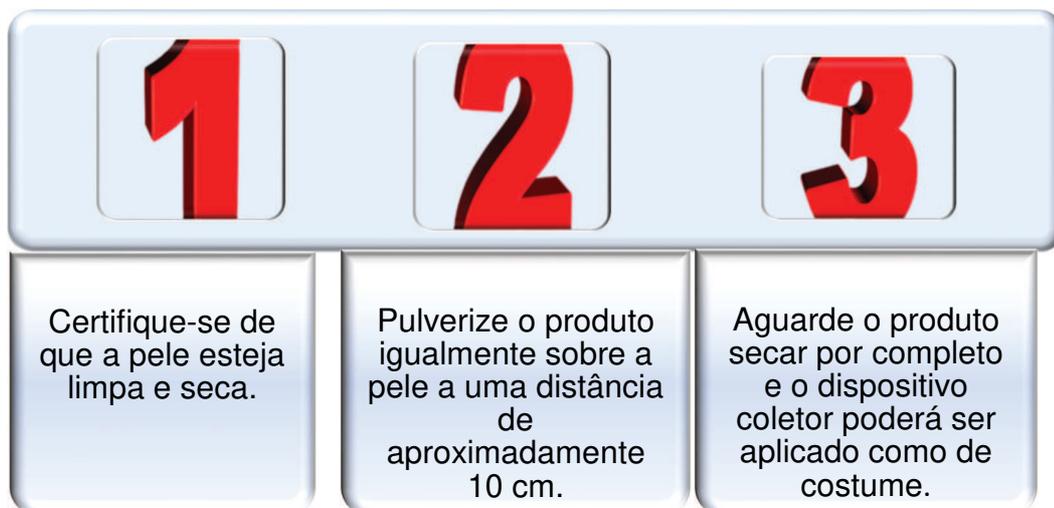
Figura 47 - Protetor cutâneo *spray*



Fonte: Brava® (2016).

Os passos para aplicação do protetor cutâneo *spray* são descritos na Figura 48.

Figura 48 - Orientações para uso do protetor cutâneo *spray*



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Brava® (2016).

6.7.8 Resina Sintética em Pasta com ou sem Álcool

A resina sintética em pasta com ou sem álcool (Figura 49 e 50) é composta por polímeros hidrofílicos como carboximetilcelulose sódica, gelatina, pectina. É indicada para preencher irregularidades da região periestomia criando um selamento entre a estomia e a base adesiva. Dessa forma, previne a infiltração dos efluentes, diminuindo o risco de lesão nessa área, ajudando também na fixação da base adesiva do dispositivo coletor (CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012; PELLEGRINO, 2014).

Figura 49 - Resina sintética em pasta com álcool



Fonte: Coloplast do Brasil (2010b).

Figura 50 - Resina sintética em pasta sem álcool



Fonte: Brava® (2014).

O abdome de pessoas obesas deve ser avaliado criteriosamente. Na presença de prega cutânea, dobra abdominal ou se o entorno da pele for irregular, indica-se aplicar a resina sintética em pasta, a fim de promover seu nivelamento. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Para a resina sintética em pasta com ou sem álcool, orienta-se seguir os passos descritos na Figura 51.

Figura 51 - Orientações para uso da resina sintética em pasta

1	2	3
A resina em pasta poderá ser aplicada diretamente do tubo.	Com auxílio de uma espátula ou com os dedos umedecidos, espalhe suavemente, nivelando a pele.	Se a resina utilizada for sem álcool, o coletor poderá ser aplicado imediatamente. Se for com álcool, é necessário aguardar 1 ou 2 minutos para o álcool evaporar e então aplicar o dispositivo coletor.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Coloplast do Brasil (2010b) e Brava® (2014).

6.7.9 Higienizador de Pele

O higienizador de pele é uma solução constituída por detergente hipoalergênico (Figura 52) desenvolvida para a limpeza da pele periestomia e a remoção da cola que se deposita quando a bolsa de estomia é retirada. (HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012).

Figura 52 - Solução higienizadora



Fonte: Coloplast (2014).

Para uso do higienizador, deve-se utilizar uma gaze umedecida, fazendo delicadamente a higiene da pele periestomia. Não é necessário remover o produto com água após a limpeza. (COLOPLAST, 2014).

O uso de sabão comum é contraindicado para realizar a higiene da pele periestomia, pois reduz ou remove o manto hidrolipídico cutâneo, acarretando diminuição da microbiota residente e transitória. (BURCH, 2013a; OLIVEIRA, 2012). Além disso, pode causar mudanças no pH da pele, promovendo ressecamento e irritações. (SCHREIBER, 2016).

6.7.10 Creme Barreira

O creme barreira é um hidratante (Figura 53), que contém emolientes e umectantes. Tem a finalidade de aumentar o componente lipídico e minimizar as perdas transepidermicas de água. Também mantém a pele íntegra e hidratada. É indicado para a proteção e a recuperação do pH da pele, alterada pelo uso contínuo de bolsas coletoras. (MURPHREE, 2017; OLIVEIRA, 2012).

Figura 53 - Creme barreira



Fonte: Coloplast do Brasil (2012b).

Para obter um resultado satisfatório na hidratação da pele periestomia sem comprometer a adesividade da bolsa coletora, orienta-se seguir os passos descritos na Figura 54.

Figura 54 - Orientações para uso do creme barreira em pele periestomia

1	2	3
O creme barreira deve ser aplicado diretamente na pele periestomia.	Massager a área com as pontas dos dedos, em movimentos circulares, para potencializar sua absorção.	O excesso deve ser retirado após alguns minutos com uma gaze umida, para não deixar resquícios de oleosidade na pele. Em seguida, aplicar ao dispositivo coletor como de costume.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Burch (2015).

6.7.11 Solução Lubrificante Neutralizadora de Odor

A solução lubrificante neutralizadora de odor consiste em um gel fluido, indicado para a lubrificação da bolsa, evitando a aderência dos efluentes (Figura 55). Neutraliza os odores característicos das bolsas de colostomia e ileostomia. (CESARETTI et al., 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012).

Figura 55 - Desodorante lubrificante



Fonte: Brava® (2015b).

Recomenda-se aplicar duas borrifadas da solução lubrificante neutralizadora de odor, o que corresponde a 4 ml a cada esvaziamento do dispositivo coletor intestinal. (BRAVA®, 2015b).

6.8 Complicações nas Estomias e na Região da Pele Periestomia

Apesar de a confecção da estomia ser considerada um procedimento cirúrgico simples, as complicações que surgem geralmente podem ser evitadas com uma adequada demarcação prévia do local e com técnica cirúrgica apropriada. O planejamento de cuidados específicos no período perioperatório dessas cirurgias são importantes, uma vez que interferem no processo de reabilitação do paciente. (PAULA; CESARETTI, 2014a; SCHMIDT; HANATE, 2015).

A orientação das pessoas com estomia e de seus cuidadores é de responsabilidade da enfermagem e pode influenciar diretamente as ações de cuidado e autocuidado. Desse modo, a assistência de enfermagem especializada tem contribuído para a redução das complicações na pele periestomia. (SCHREIBER, 2016).

Nesse contexto, é importante destacar a orientação em relação à dieta, à promoção da ingestão hídrica e à identificação de sinais e sintomas que indicam obstrução intestinal, tais como náuseas, vômitos e distensão abdominal. (KAYO et al., 2015).

Algumas complicações são imediatas, surgem nas primeiras 24 horas do pós-operatório, por exemplo: necrose de alça, hemorragia e edema. Outras são classificadas como precoces, ocorrendo entre o primeiro e o sétimo dia do pós-operatório, dentre as quais se destacam: o descolamento mucocutâneo, a fístula e a retração da estomia. As complicações tardias, por sua vez, se manifestam após a alta hospitalar ou até meses depois da cirurgia, por exemplo: hérnias paraestomiais, prolapso de alça, retração da estomia, estenose, lesões pseudoverrucosas e dermatite periestomia. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015).

Além disso, algumas complicações são específicas das ileostomias, tais como: déficit de nutrientes (vitamina B12, magnésio e potássio), diarreia e dermatite. (KAYO et al., 2015). A seguir, são descritas as complicações imediatas, mediatas e tardias.

6.8.1 Isquemia e Necrose

A estomia necessita ser inspecionada regularmente. Deve apresentar coloração avermelha úmida ou rosada e ter uma ligeira protrusão acima da pele periestomia (Fotografia 18). Uma estomia mal perfundida pode parecer pálida ou de cor azulada. Caso a estomia esteja de coloração preta, pode indicar necrose. (Fotografia 19). (BURCH, 2014b; SCHREIBER, 2016).

Fotografia 18 - Estomia sem
intercorrências



Fonte: Acervo pessoal do autor (2017).

Fotografia 19 - Necrose de alça



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

Nas estomias intestinais, a isquemia manifesta-se nas primeiras 24 horas após a cirurgia e pode ocorrer por tensão excessiva no mesentério ou arcada vascular, bem como por abertura estreita na parede abdominal onde se expõe a mucosa intestinal. (PAULA; MATOS, 2015).

A necrose de alça resulta da irrigação tecidual deficiente. Primeiro ocorre a isquemia do tecido, em seguida, a mucosa adquire uma tonalidade que varia entre marrom e preto. (PAULA; CESARETTI, 2014b). A incidência da necrose varia de 2 a 10% em pacientes com estomias intestinais e pode ser classificada como superficial ou profunda. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015; VIEIRA, 2014). Conforme os autores citados, são descritas a seguir:

- a) *superficial* - quando não compromete mais do que um terço da circunferência da estomia, e o tecido necrótico se solta com a limpeza local, expondo-se o tecido róseo e saudável (Fotografia 20);
- b) *profunda* - quando o tecido necrótico atinge planos de aproximadamente 2 cm, sendo necessária a ressecção do segmento afetado e, conseqüentemente, a reconstrução da estomia. (Fotografia 21).

Fotografia 20 - Estomia com necrose superficial



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira Aline Royer (2017).

Fotografia 21 - Estomia com necrose profunda



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira Simone Wunsch (2015).

6.8.2 Sangramento ou Hemorragia

O sangramento surge com maior frequência no pós-operatório imediato e pode ser necessária a revisão cirúrgica da estomia nesses casos. O sangramento está associado a vários fatores, dentre os quais se destacam: hemostasia inadequada dos vasos sanguíneos; doenças inflamatórias intestinais; neoplasias; hipertensão portal; uso de antiagregantes plaquetários ou quimioterápicos; trauma relacionado ao equipamento coletor; prática de esportes agressivos e acidentes automobilísticos. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015).

O paciente deve ser tranquilizado se houver sangramento leve no local da estomia (Fotografia 22), pois geralmente é breve e em pequena quantidade. (SCHREIBER, 2016). Se for esse o caso, pode ser interrompido com um curto período de pressão direta sobre o local. (BURCH, 2014b).

Fotografia 22 - Sangramento na estomia



Fonte: Acervo pessoal do autor (2013).

6.8.3 Edema na Mucosa da Estomia

O edema na mucosa da estomia (Fotografia 23) ocorre após a realização da cirurgia e pode ser considerado uma resposta fisiológica do organismo ao trauma cirúrgico, em virtude da manipulação da alça intestinal. Costuma desaparecer espontaneamente entre duas e seis semanas de pós-operatório. É importante que o enfermeiro acompanhe a evolução do edema com o paciente, pois essa condição pode levar à isquemia e à necrose em razão da diminuição do suprimento sanguíneo local. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015; VIEIRA, 2014).

Fotografia 23 - Edema na mucosa



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira Aline Royer (2017).

Indica-se o uso de medidor para mensuração do diâmetro da estomia nas primeiras semanas de pós-operatório, até que adquira o tamanho definitivo. Isso porque, à medida que o tempo passa, o diâmetro fisiologicamente diminui, com a regressão do edema. (NEIL et al., 2016).

Na estomia edemaciada, para evitar trauma na mucosa intestinal, a placa adesiva deve apresentar um orifício em torno de três milímetros maior que o tamanho da estomia. (BORGES; RIBEIRO, 2015; BURCH, 2014b).

6.8.4 Descolamento Mucocutâneo

No pós-operatório, as estomias podem apresentar descolamento mucocutâneo parcial ou total, o que contribui para o surgimento da retração. Trata-se de uma complicação precoce, caracterizada pela ruptura da linha de sutura entre a estomia e a parede abdominal. (BORGES; RIBEIRO, 2015; BURCH, 2014b).

Os principais fatores de risco são: tensão excessiva na sutura, infecção na linha de junção, necrose da estomia e problemas na cicatrização da ferida operatória, uso regular de terapia com esteroide, radioterapia prévia, desnutrição, entre outros. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015; STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017; VIEIRA, 2014).

Nos casos de descolamento, o local onde há a separação mucocutânea deve ser avaliado para que se verifique a condição dos tecidos e a extensão do rompimento da linha de sutura. Quando a separação é parcial (Fotografia 24), a cicatrização ocorre por segunda intenção e o tratamento é o conservador, com cuidados locais para evitar o contato com fezes ou urina. Nos casos de separação mucocutânea total (Fotografia 25) é necessária a reintervenção cirúrgica, em razão do risco de contaminação da cavidade abdominal. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015).

Fotografia 24 - Descolamento mucocutâneo parcial



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET, Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

Fotografia 25 - Descolamento mucocutâneo total



Fonte: Acervo pessoal do autor (2016).

Os cuidados com o descolamento mucocutâneo envolvem: observação do estágio inflamatório, pelo risco de peritonite por infiltração do conteúdo fecal na cavidade abdominal; uso de sistema coletor com placa recortável e transparente, para permitir a visualização da estomia; uso de resina sintética em pó para estomia e barreira protetora de pele em forma de resina sintética em pasta, para impedir a infiltração do efluente sob a placa adesiva. (BORGES; RIBEIRO, 2015; BURCH, 2014b). Esses cuidados evitam a contaminação fecal na área, e a reavaliação é uma conduta importante, pois tal intercorrência predispõe a eventual retração e estenose da estomia. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Na Figura 56 estão descritos cuidados locais nas estomias com deslocamento cutâneo parcial.

Figura 56 - Cuidados no descolamento mucocutâneo parcial

	Higienize e seque a área de descolamento mucocutâneo e a pele periestomia.
	Aplique a resina sintética em pó na área lesada e, com auxílio de uma gaze, retire o excesso.
	Cubra a área onde é necessário fazer a barreira física com a resina sintética em pasta.
	Aplique o dispositivo coletor com a base plana ou convexa, de acordo com a necessidade, e, de preferência, que tenha haste para cinto.

Fonte: Borges e Ribeiro (2015); Burch (2014b) e imagens cedidas do acervo pessoal da enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

6.8.5 Fístula Digestiva

A fístula é um trajeto anormal entre estruturas epitelizadas. Classifica-se em interna – quando a comunicação ocorre entre duas ou mais vísceras – ou externa – entre vísceras e pele (Fotografia 26). São ocasionadas por inúmeros fatores, sendo a mais frequente das complicações da técnica cirúrgica. (LEITE; CESARETTI, 2015).

Na fístula digestiva, a identificação do local do trajeto anormal baseia-se na avaliação do aspecto do efluente (volume, cor, odor, consistência e composição). O que também possibilita avaliar o risco de desenvolvimento de lesões na pele. Se o efluente for líquido, de cor verde ou amarela clara, suspeita-se que a fístula se origine na porção alta do trato (estômago, duodeno e íleo); se a consistência for pastosa, de odor forte, é provável que a fístula tenha origem no cólon. Ambas necessitam de cuidados de proteção de pele. (LEITE; CESARETTI, 2015).

Fotografia 26 - Fístula digestiva



Fonte: Acervo pessoal do autor (2013).

O cuidado de enfermagem nas estomias com fístula digestiva envolve proteção da área lesada com os mesmos produtos destinados aos cuidados com estomias. Tais produtos compreendem os adjuvantes e a bolsa coletora específica (Figura 57) para cuidados com fístula. (LEITE; CESARETTI, 2015).

Figura 57 - Sistema para fístulas



Fonte: Bolsa... (2017).

A adaptação de bolsa coletora para conter os efluentes das fístulas e proteger a pele é um desafio para o enfermeiro. As orientações para aplicação do sistema para fístula são abordadas no Capítulo 6, item 6.10.2 Sistema para Fístulas.

Na Figura 58 estão descritos cuidados locais com fístula entérica.

Figura 58 - Cuidados com fístula entérica



Higienize a área fístular e perifístular.



Aplique os adjuvantes barreiras (resina sintética em pó e em pasta) conforme a necessidade de proteção e nivelamento da area perifístular.



Aplique a bolsa para fístula, protegendo as áreas perifístulares da mesma forma que realizado nos dispositivos coletores de estomia.

Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Michele Grewsmuhl (2016).

6.8.6 Retração da Estomia

A estomia com retração (Fotografia 27) fica abaixo do nível da pele, de modo que pode ocorrer retração total ou parcial da alça intestinal para a cavidade abdominal. (REITH et al., 2013). Denomina-se intermitente quando a retração estiver relacionada à posição do paciente. Como por exemplo, nas situações que ele fica sentado. (BORGES; RIBEIRO, 2015; HOEFLOK et al., 2017).

Fotografia 27 - Retração da estomia



Fonte: Acervo pessoal do autor (2015).

A retração é mais frequente nas estomias terminais, podendo ocorrer tanto no pós-operatório imediato quanto no tardio. Os principais fatores de risco são: distensão da parede do abdome, remoção precoce do suporte de alça de sustentação, técnica falha de construção cirúrgica, necrose, separação mucocutânea e ganho de peso excessivo no período pós-cirúrgico. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015).

A retração é uma complicação que interfere no cuidado da estomia e da pele periestomia, causando diversas intercorrências; dentre as quais se destacam a dificuldade de aderência do equipamento coletor e a ocorrência de vazamento de efluente intestinal ou urinário. Além disso, normalmente, está associada a outras complicações, como a dermatite periestomia e a estenose. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015). O equipamento coletor de placa convexa (Figura 59) é indicado para o manejo da retração, pois promove a projeção da estomia para dentro da bolsa. (BURCH, 2014b; HOEFLOK; PURNELLI, 2017).

Figura 59 - Equipamento com placa convexa



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.8.7 Hérnia Paraestomal

A hérnia paraestomal (Fotografias 28 e 29) ocorre pela protrusão de vísceras abdominais através da abertura para a exteriorização da estomia, formando uma proeminência na região paraestomal. É uma complicação relacionada a vários fatores. Dentre eles destacam-se: localização da estomia em incisão operatória anterior; localização da estomia fora da bainha do músculo reto abdominal; falha na fixação do mesentério da alça na parede lateral do abdome; fragilidade da musculatura abdominal causada pelo sedentarismo ou pelo envelhecimento, obesidade ou caquexia; pressão intra-abdominal excessiva (causada pela tosse, choro, gestação, etc.) e uso prolongado de corticosteroides. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015).

Fotografia 28 - Hérnia paraestomal



Fonte: Acervo pessoal do Enfermeiro ET Aldirio dos Santos Medeiros (2013).

Fotografia 29 - Hérnia paraestomal



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2016).

Nesses casos, a aderência do equipamento coletor fica prejudicada. Principalmente, em razão do vazamento dos efluentes e da dermatite na pele periestomia. Quando a hérnia está associada à fragilidade muscular de menor intensidade, os pacientes podem utilizar cinto elástico ou cinta abdominal (Fotografias 30 e 31) e equipamento coletor com barreira flexível. (BURCH, 2014b; PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015; SCHMIDT; HANATE, 2015).

Fotografia 30 - Hérnia paraestomal antes da aplicação da cinta abdominal



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2016).

Fotografia 31 - Hérnia paraestomal após a aplicação da cinta abdominal



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2016).

Caso o tratamento cirúrgico seja indicado para a correção da hérnia, o cirurgião deve priorizar a mudança do sítio da estomia e a correção da fraqueza abdominal. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

6.8.8 Prolapso de Alça

O prolapso de alça (Fotografia 32) é uma complicação caracterizada pela exteriorização da alça intestinal com comprimento acima de 5 cm. (BORGES; RIBEIRO, 2015). É mais comum em construções de estomia em alça, principalmente do cólon transverso. Os vários fatores de risco para o prolapso de alça são descritos a seguir. (BURCH, 2014b; PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015):

- a) abertura na parede do abdome maior que o diâmetro da alça intestinal a ser exteriorizada;
- b) fixação inadequada do intestino na parede do abdome;
- c) posicionamento da estomia fora do músculo reto do abdome;
- d) aumento da pressão abdominal no pós-operatório causada, por exemplo, por choro, tosse, gravidez e obesidade.

Fotografia 32 - Prolapso de alça



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

A estomia com prolapso de alça (Fotografia 33) exige equipamento coletor de placa plana e flexível (Fotografia 34). Além disso, a bolsa necessita diâmetro suficiente para acomodar a alça intestinal e o efluente (BORGES; RIBEIRO, 2015; BURCH, 2014b).

Fotografia 33 - Prolapso de alça



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

Fotografia 34 - Bolsa com base plana e flexível



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

O manejo do prolapso pode ser feito com redução digital, utilizando manobras delicadas da alça prolapsada, com uso de compressa fria e úmida. (BURCH, 2014b). Para determinar o tamanho do recorte da placa adesiva, a estomia deve ser considerada na sua exteriorização máxima. Pode ser necessário o uso de cinto elástico ajustável. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Na estomia definitiva, a correção cirúrgica é o tratamento de escolha. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015). Nas Fotografias 35 e 36 apresentam-se imagens de estomia com prolapso, antes e após a manobra digital.

Fotografia 35 - Prolapso antes da manobra digital



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

Fotografia 36 - Prolapso após a manobra digital



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

6.8.9 Lesões Pseudoverrucosas

A lesão pseudoverrucosa é uma sequela incomum da dermatite de contato crônica decorrente da exposição prolongada à umidade. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017). Caracteriza-se pela presença de pápulas ou pequenos nódulos de cor acinzentada ou vermelho-púrpura, com formato plano ou discretamente protruso (Fotografia 37). Pode desenvolver-se na borda mucocutânea da estomia e na pele periestomia. São lesões dolorosas, friáveis, sendo mais comuns nas ileostomias e nas urostomias. (SCHREIBER, 2016).

Normalmente, o tratamento para lesões pseudoverrucosas envolve cauterização com nitrato de prata e possível remoção cirúrgica. Além disso, é necessária a reavaliação do recorte da base adesiva da bolsa e a realização de barreira com uso de resina sintética em pasta. (SCHREIBER, 2016; STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Fotografia 37 - Lesões pseudoverrucosas



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

6.8.10 Estenose

A estenose é uma complicação caracterizada pelo estreitamento da luz da estomia e ocorre no pós-operatório tardio, geralmente a partir do terceiro mês. (Fotografia 38). Inicialmente, observa-se eliminação do conteúdo intestinal de formato afilado, dificuldade crescente nas eliminações, podendo evoluir para quadro de suboclusão. Essa complicação tem como fatores predisponentes a técnica cirúrgica inadequada, a retração precoce da estomia, os processos inflamatórios e o ganho excessivo de peso. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

Nas estomias urinárias, a estenose se manifesta pela eliminação da urina em filete e com resíduo. Também podem ocorrer diminuição do volume urinário e dor na região lombar. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015; VIEIRA, 2014).

Fotografia 38 - Estenose da estomia



Fonte: Acervo pessoal do autor (2013).

Os fatores de risco para a ocorrência de estenose são: necrose da estomia, formação de tecido cicatricial irregular no nível da pele ou da fáscia, descolamento mucocutâneo, construção cirúrgica inadequada da estomia, irradiação do segmento intestinal, entre outros. (PAULA; CESARETTI, 2014b; PAULA; MATOS, 2015; VIEIRA, 2014).

A estenose demanda dilatação da estomia, digital ou instrumental, e uso de equipamento coletor com placa convexa. Pode ser necessário o tratamento cirúrgico, com cirurgia plástica restrita à pele, ou laparotomia, quando há comprometimento da fáscia. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

6.8.11 Dermatite da Pele Periestomia

A dermatite periestomia (Fotografia 39) é uma complicação caracterizada pela irritação da pele periestomia. Pode ser causada pelo contato com fluido intestinal ou urinário, bem como por alergia decorrente do material adesivo do plástico do dispositivo coletor. (BORGES; RIBEIRO, 2015). A dermatite é a causa mais comum de perda da integridade da pele periestomia, geralmente manifestada por eritema, rubor, dor e calor. É mais frequente nas ileostomias, na colostomia direita e nas urostomias. (FURTADO; PETUCO; SILVA, 2018).

Fotografia 39 - Dermatite da pele periestomia



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2014).

As dermatites decorrem da inadequação dos equipamentos utilizados e são agravadas quando associadas a complicações como retrações e fístulas. Além disso,

a troca frequente de placas adesivas provoca a retirada das camadas protetoras da pele, causando hiperemia e erosão.

A prevenção da dermatite da pele periestomia necessita de alguns cuidados. (BORGES; RIBEIRO, 2015):

- a) manter a região limpa e livre de umidade;
- b) realizar a limpeza com água e produtos próprios para a higiene da pele periestomia, com movimentos suaves para prevenir o trauma mecânico ou a irritação pela fricção;
- c) remover todos os resíduos da placa adesiva da bolsa coletora ou de outros adesivos, bem como os resíduos dos efluentes;
- d) trocar o equipamento coletor antes da saturação da placa adesiva, evitando infiltração sob a placa.

O plano terapêutico do enfermeiro deve ter como base o fator causal da dermatite, os materiais habitualmente utilizados e a revisão das ações de cuidado realizadas pelo paciente e/ou cuidador, assim como a avaliação frequente da região periestomia. (PAULA; CESARETTI, 2015).

A dermatite periestomia pode ser classificada em irritativa (química ou de contato), alérgica, por trauma mecânico e por infecção. (BORGES; RIBEIRO, 2015).

A *dermatite irritativa (química ou de contato)* (Fotografia 40) frequentemente ocorre quando o fluido intestinal ou urinário fica em contato constante com a pele periestomia, principalmente nas estomias retraídas. (BORGES; RIBEIRO, 2015). Também pode ser desencadeada quando a pele periestomia fica exposta pelo recorte inadequado da bolsa. (SCHREIBER, 2016).

Fotografia 40 - Dermatite irritativa



Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

A dermatite irritativa também pode ser desencadeada pela exposição direta da pele às substâncias dos adesivos e dos produtos utilizados, como sabões e solventes. Essas substâncias provocam irritação, enfraquecem a camada córnea da epiderme e alteram o pH da região, causando as lesões. (PAULA; CESARETTI, 2015).

A *dermatite alérgica* é decorrente do uso de produtos contínuos e/ou inadequados (Fotografias 41 e 42). Também pode ocorrer em virtude de sensibilização pelo uso contínuo do dispositivo, de barreiras adesivas e/ou de micropores. Sobrevém no primeiro contato ou após anos de contatos repetidos com o agente sensibilizante. (BORGES; RIBEIRO, 2015; STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Fotografia 41 - Dermatite alérgica pelo uso do *micropore*



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

Fotografia 42 - Dermatite alérgica pelo uso do *micropore*



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

Nessa forma de dermatite, ocorre uma resposta inflamatória local que resulta da hipersensibilidade ao componente químico da base adesiva do equipamento coletor em contato com a pele periestomia. Manifesta-se por erupção cutânea (*rash* cutâneo ou exantema) e prurido, limitados ao local de contato. (PAULA; CESARETTI, 2015; SCHMIDT; HANATE, 2015).

O tratamento da dermatite alérgica inicia-se com a interrupção do uso do produto alergênico e, em alguns casos, pode ser necessário o uso tópico de corticosteroides. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

A *dermatite por trauma mecânico* (Fotografia 43) pode causar abrasão da epiderme ou tornar a região suscetível a lesões. Geralmente, está associada a vários fatores, como: remoção abrupta da bolsa coletora, limpeza exagerada da região

periestomia, troca frequente e/ou má adaptação do equipamento coletor. (PAULA; CESARETTI, 2015; BORGES; RIBEIRO, 2015).

Dentre os cuidados para prevenir a dermatite por trauma mecânico destacam-se os descritos a seguir. (FURTADO; PETUCO; SILVA, 2018):

- a) utilizar equipamento adequado para o tipo de estomia;
- b) orientar a técnica de colocação e retirada do coletor, evitando friccionar a pele em sua remoção;
- c) realizar limpeza e hidratação da pele delicadamente, utilizando apenas produtos indicados para uso na pele periestomia.

Fotografia 43 - Dermatite por trauma mecânico: remoção abrupta da bolsa



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET, Neiva Maria Salton (2014).

A *dermatite por infecção* é causada por bactérias ou fungos, como o *Staphylococcus aureus* e a *Candida albicans*. Manifesta-se por foliculite ou candidíase na região periestomia. (PAULA; CESARETTI, 2015; SCHMIDT; HANATE, 2015; STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

A foliculite (Figura 60) é a inflamação dos folículos capilares na área de pele onde é aderido o sistema coletor. Ocorre, principalmente, pelo traumatismo por lâminas de barbear, as quais causam microlesões, propiciando a infecção por bactérias Gram-positivas. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

A foliculite é evitada com a orientação de aparar os pelos, da região da pele periestomia, com tesoura em ponta curva. Para o tratamento, indica-se realizar a limpeza com sabão antibacteriano a cada troca de bolsa enquanto persistir a inflamação. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Figura 60 - Foliculites



Fonte: Prime Health Channel (2011).

As lesões fúngicas por *Candida* (Fotografias 44 e 45) são vermelhas, úmidas, e podem manifestar-se com pápulas, vesículas, pústulas, erosões ou crostas. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017). O usuário poderá queixar-se de prurido e ardência no local. Podem ser causadas por vários fatores: alterações no sistema imune e da microbiota do sistema tegumentar; radioterapia ou quimioterapia; diabetes *mellitus* e uso prolongado de antibióticos. (PAULA; CESARETTI, 2015; SCHMIDT; HANATE, 2015).

Geralmente, diagnóstico é baseado na aparência, mas poderá ser necessária a confirmação com exame laboratorial. Para o tratamento, indica-se a utilização de barreira para a pele e medicamento antifúngico tópico. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Fotografia 44 - Dermatite por *Candida albicans*

Fonte: Acervo pessoal do autor (2014).

Fotografia 45 - Dermatite por *Candida albicans*

Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

6.8.12 Granuloma

O granuloma (Fotografias 46 e 47) é um tecido de granulação hipertrófica reativa caracterizado por lesão protrusa, vermelha e úmida. Pode ser causado por resposta imunológica ao material de sutura retido na junção mucocutânea. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Para o tratamento do granuloma, indica-se nitrato de prata tópico, duas ou três vezes por semana, até a regressão. A remoção de sutura cirúrgica também se faz necessária após o período de maturação da estomia. Nesse contexto, é fundamental o diagnóstico diferencial de tecido neoplásico. (BURCH, 2014b; STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Fotografia 46 - Granulomas



Fonte: Acervo próprio do autor (2017).

Fotografia 47 - Granulomas



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2015).

6.8.13 Malignidade na Estomia

A malignidade nas estomias manifesta-se tipicamente como uma lesão em massa com estenose, erupção cutânea ou ulceração (Fotografias 48 e 49). O tratamento comum é excisão local e, quando viável, realocamento da estomia. (STEINHAGEN; COLWELL; CANNON, 2017).

Fotografia 48 - Malignidade nas estomias



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira ET, Neiva Maria Salton (2014).

Fotografia 49 - Malignidade nas estomias



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira Aline Royer (2017).

6.8.14 Cristais de Fosfato

Os cristais de fosfato (Fotografias 50 e 51) caracterizam-se por depósito de cristais em torno da abertura da estomia em usuários urostomizados. Formam um filme cinza viscoso que interfere na vedação da resina da bolsa coletora. (SCHREIBER, 2016). Para o tratamento, indica-se remover os cristais de fosfato com solução diluída de vinagre ou desbridamento mecânico. (SCHREIBER, 2016).

Os usuários devem ser orientados quanto à ingestão hídrica adequada e de frutas cítricas, para acidificar a urina. (FURTADO; PETUCO; SILVA, 2018). No Capítulo 6, item 6.4, são apresentadas orientações relativas à alimentação da pessoa com estomia.

Fotografia 50 - Incrustações por deposição de cristais



Fonte: Acervo pessoal da enfermeira ET Sandra Marina da Silva Rosado Furtado (2017).

Fotografia 51 - Incrustações por deposição de cristais



Fonte: Acervo pessoal da Enfermeira Simone Wunsch (2017).

6.9 Métodos de Controle Intestinal

A restauração da continência em pessoas com colostomia tem sido considerada etapa importante na reabilitação. Pois, permite o controle das eliminações intestinais por meio de ocluser/obturador (Figura 61) e pelo sistema de irrigação da colostomia (Figura 62). (BORGES; RIBEIRO, 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Figura 61 - Ocluser/Obturador



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

Figura 62 - Sistema de irrigação da colostomia



Fonte: Coloplast do Brasil (2017).

6.9.1 Método de Irrigação do Cólon

A irrigação da colostomia é um método mecânico utilizado para regular a atividade intestinal em pacientes com colostomia definitivas de cólon descendente ou sigmoide. A técnica consiste na introdução de água potável no intestino grosso através da colostomia (de 750 a 1500 ml), à temperatura corporal. Esse procedimento causa a dilatação estrutural no cólon, a estimulação do peristaltismo e o esvaziamento do conteúdo fecal por um período programado de 24h a 72h. (BORGES; RIBEIRO, 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Em síntese, os objetivos da irrigação do cólon são: reestabelecer hábito intestinal regular em pessoas com colostomia; reduzir a incidência de gases e odor; diminuir a frequência do uso de equipamentos coletores; reduzir a incidência de complicação na pele periestomia; minimizar os custos financeiros do usuário, entre outros. (BORGES; RIBEIRO, 2015; HAHIMOTO; RODRIGUES, 2012; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

A indicação do uso desse método deve se dar mediante prescrição médica. Além disso, segue critérios relacionados ao tipo de estomia, conforme as condições clínicas e de autonomia do estomizado. (BORGES; RODRIGUES, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015). Essas condições são as seguintes:

- a) ter colostomia terminal em cólon descendente ou sigmoide;
- b) não apresentar doenças intestinais como retocolite ulcerativa inespecífica, doença de Crohn, diverticulite, câncer ou doenças associadas, como cardíacas e renais;
- c) não apresentar complicações na estomia, como prolapso, hérnia, retração, estenose ou dermatite;
- d) ter encerrado os ciclos de radioterapia ou quimioterapia;
- e) ter capacidade para o autocuidado.

A responsabilidade das orientações para a autoirrigação competem ao enfermeiro capacitado, preferencialmente ET. Essas orientações incluem a descrição do processo, dos dispositivos necessários e do procedimento técnico para a realização da irrigação da colostomia. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Antes de iniciar as sessões de orientação, o enfermeiro ET deve explicar ao estomizado as vantagens e as desvantagens do método de irrigação (Quadro 7).

Quadro 7 - Vantagens e desvantagens do método de irrigação

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Controle das eliminações intestinais. • Uso do ocluser/obturador e abolição do uso de bolsa coletora. • Maior variedade na dieta. • Recuperação da autoestima. • Retorno precoce às atividades de trabalho e lazer. • Promoção do ajustamento emocional e social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tempo (em torno de 1h). • Limitações de sua aplicabilidade. • Índices residuais, como gases. • Necessidade de sanitário livre para realizar o procedimento.

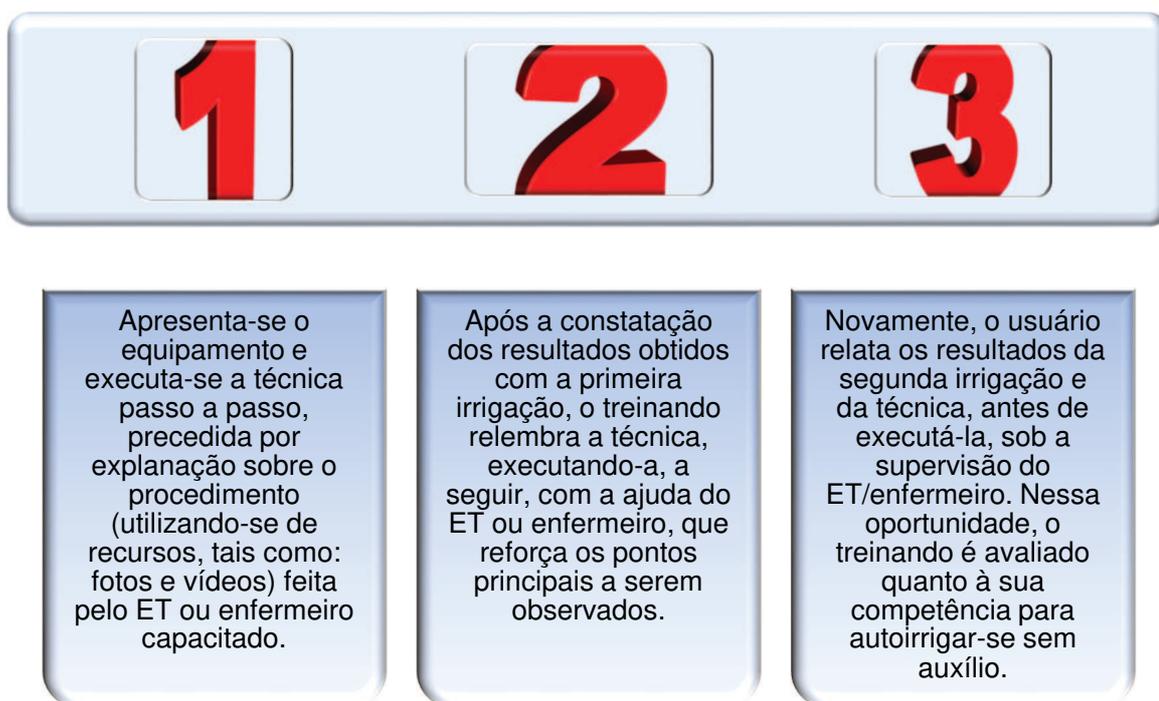
Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Para iniciar o programa de educação do autocuidado, o enfermeiro deve proceder à avaliação integral do colostomizado, considerando seu estado geral, emocional e psicológico. Além disso, também deve ser avaliada a motivação para o aprendizado e a capacidade de compreender as orientações. Bem como, as condições da estomia, da pele periestomia e sanitárias em sua residência. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

O início é variável, sendo preconizado ao menos um mês após a cirurgia. Esse é o período mínimo que possibilita à pessoa com colostomia estar com melhores condições físicas e emocionais. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Inicialmente, o processo educativo consiste em três sessões que devem ser programadas sempre no mesmo horário e em dias consecutivos (Figura 63).

Figura 63 - Sessões programadas para o processo de treinamento da autoirrigação



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Caso o enfermeiro julgue necessário, serão marcadas novas sessões. Após a fase de orientação, o usuário deverá realizar a irrigação diariamente, sempre no mesmo horário, por 1 a 6 meses, com reavaliações agendadas nesse período. O ajuste da frequência, para 48h a 72 horas, é realizado por orientação do enfermeiro, considerando a resposta intestinal obtida, em um prazo mínimo de um mês. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015). Para a realização da irrigação do cólon é necessário o equipamento de irrigação completo, conforme descrito na Figura 64.

Figura 64 - Equipamento de irrigação do cólon



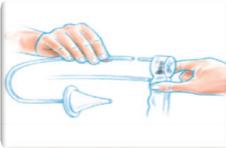
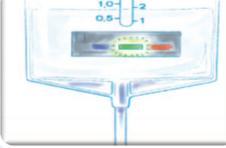
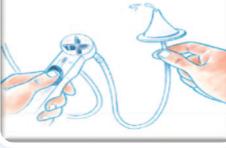
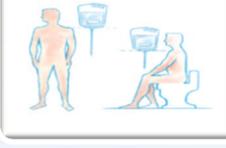
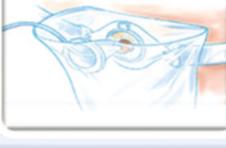
Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Hahimoto, Rodrigues (2012); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

A técnica de irrigação é constituída por três fases: (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015):

- 1ª fase ou de infusão da água: dura de 5 a 10 minutos (Figura 65);
- 2ª fase ou de drenagem ou descarga: geralmente ocorre imediatamente após a primeira e leva de 10 a 20 minutos (Figura 66);
- 3ª fase ou de drenagem residual: dura de 30 a 45 minutos (Figura 67).

Figura 65 - 1ª fase: Infusão

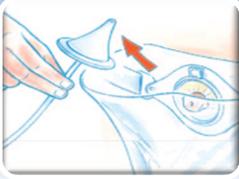
(continua)

	<p>Preparar <i>kit</i> de irrigação e o ambiente no qual será realizado o procedimento (banheiro ou sala de enteroclisma). Solicitar ao usuário que retire e descarte o dispositivo coletor, realize a limpeza da estomia e da pele periestomia, conforme rotina habitual.</p>
	<p>Adaptar a bolsa drenadora na estomia, fixando-a ao abdome por meio do cinto elástico ajustável.</p>
	<p>Introduzir água à temperatura de 37°C no recipiente do irrigador, em um volume de 500 a 1500 ml, de acordo com a avaliação do ET.</p>
	<p>Retirar o ar do sistema e fechar a válvula para controle do fluxo.</p>
	<p>Fixar o irrigador em suporte de pedestal ou na parede, facilitando a visibilidade ao usuário, com a base ao nível dos seus ombros ou, no máximo, de 10 cm a 20 cm acima, na posição em pé ou sentado, conforme preferência do treinando.</p>
	<p>Colocar a extremidade inferior da manga drenadora dentro do vaso sanitário.</p>
	<p>Lubrificar o cone e introduzir com movimentos rotatórios na estomia através da abertura da bolsa drenadora. Deve ser introduzido até o nível que não haja vazamento de água (2 cm a 3 cm).</p>
	<p>Abrir a válvula de controle e deixar fluir a água em velocidade constante por 5 a 10 minutos. Caso a água fique parada, verificar se o orifício do cone não está posicionado contra a parede intestinal. Observar reações do treinando durante a infusão como cólicas, mal-estar, sudorese e vertigens.</p>

(conclusão)



Fechar a válvula de controle ao término da água, evitando a penetração de ar no cólon.
Retirar o cone da estomia, fechando imediatamente a abertura superior da manga drenadora com a presilha.



Massagear a região abdominal do treinando para auxiliar a drenagem que ocorrerá, em sua maior parte, nesse período.
Lavar a parte interna da manga drenadora com a extensão do chuveiro ou a água de um jarro.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Figura 66 - 2ª fase: Drenagem ou descarga



Massagear a região abdominal do treinando por 10 a 20 minutos, para auxiliar drenagem que ocorrerá, em sua maior parte, nesse período. Lavar a parte interna da manga drenadora com a extensão do chuveiro ou a água do jarro.



Fechar com presilhas as partes superior e inferior da manga.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Figura 67 - 3ª fase: Drenagem residual



Solicitar ao treinando que desenvolva atividades que favoreçam a drenagem residual; por exemplo, andar, alimentar-se ou permanecer sentado fazendo massagens abdominais. Após esse período, esvaziar e retirar a manga drenadora.



Solicitar ao treinando que proceda à limpeza da estomia e da pele periestomia, conforme a própria rotina.



Adaptar a bolsa de estomia fechada ou oclusor/obturador de colostomia, conforme orientação do enfermeiro.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

É importante que, ao término das orientações, seja fornecido um guia de resolução de complicações que podem surgir durante a realização da irrigação. As intercorrências possíveis são apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 - Descrição de intercorrências durante a irrigação do cólon

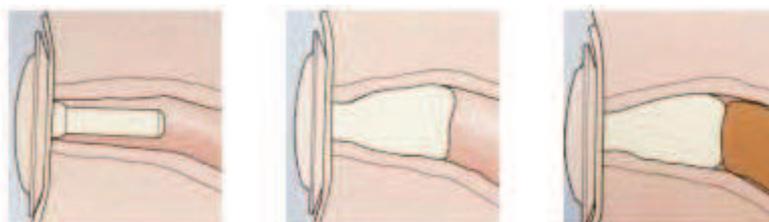
Manifestações	Ocorrem por	Como proceder
Reação vagal (bradicardia e hipotensão)	Distensão colônica, sendo mais comum no início do treinamento.	Suspender imediatamente a irrigação. O paciente deve ser colocado na posição supina.
Dor abdominal em cólica	Infusão rápida ou baixa temperatura da água.	Interromper momentaneamente o procedimento até que a dor cesse.
Retenção da solução infundida	Tensão prévia ao procedimento ou estado de hidratação inadequado.	Utilizar equipamento coletor até o dia seguinte e aumentar a ingesta hídrica.
Perdas fecais nos intervalos das irrigações	Questões alimentares, emocionais, medicamentosas ou de ordem técnica relacionadas ao procedimento.	Procurar o enfermeiro ET ou enfermeiro treinado para ajustamento da técnica.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

6.9.2 Ocluser/Obturador de Colostomia

O uso do ocluser/obturador é um método para controle da colostomia descendente ou sigmoide, resultando na suspensão do uso do equipamento coletor. O ocluser/obturador de colostomia consiste em um dispositivo tipo tampão, flexível, descartável, usado para ocluir a colostomia, possibilitando controlar a eliminação do efluente. Em sua parte central, constitui-se por uma espuma de poliuretano com capacidade de expandir-se dentro da estomia (Figura 68) e filtro de carvão, para absorver o odor e auxiliar na redução do ruído causado pela eliminação dos gases. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Figura 68 - Ocluser/obturador



Fonte: Conseal... (2017).

Como na irrigação, a indicação do uso do ocluser/obturador também é responsabilidade do médico, e as orientações ao colostomizado são realizadas pelo enfermeiro responsável pelo processo educativo para o autocuidado. O uso do ocluser/obturador poderá não estar associado à irrigação do cólon. No entanto, a maioria dos pacientes utiliza-o quando associado à irrigação. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Assim, para fazer uso do ocluser/obturador, a pessoa também passa por uma avaliação que envolve parâmetros relacionados às suas condições físicas e emocionais. A avaliação física deve ser feita com base nos critérios referentes à pessoa colostomizada e à colostomia. Na avaliação do aspecto emocional, deve-se considerar as expectativas dessa pessoa quanto ao uso do dispositivo Ocluser/obturador. No Quadro 9 são descritos os critérios de indicação e contraindicação obturador desse método. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

Quadro 9 - Critérios de indicação e contraindicação para uso do oclisor/obturador

<p>a) O paciente deve ter destreza manual e habilidade mental.</p> <p>b) Peso corporal acima de 40 kg e altura superior a 1m 60cm*.</p> <p>c) Colostomia terminal, de uma boca, no cólon descendente ou sigmoide.</p> <p>d) Colostomia com diâmetro externo de 20 mm a 45 mm e protrusão de até 25 mm.</p> <p>e) Efluente com fezes de consistência pastosa, com padrão de eliminação intestinal regular de até três vezes ao dia.</p> <p>f) Contraindicado quando a pessoa tem síndrome do cólon irritável, doença inflamatória intestinal, prolapso de alça, estenose ou hérnia paraestomal grande.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Legenda: *Os dados antropométricos oferecem subsídios para a escolha do comprimento do cilindro do oclisor/obturador

O oclisor/obturador oferece vantagens e desvantagens, as quais são descritas no Quadro 10:

Quadro 10 - Vantagens e desvantagens do oclisor/obturador

Vantagens	Desvantagens
<p>a) Discreto, de fácil colocação e remoção;</p> <p>b) promove a autoconfiança, o reforço positivo da autoimagem, a independência e a participação em atividades sociais;</p> <p>c) quando associado à irrigação, poderá abolir o uso da bolsa. Caso contrário poderá substituí-la por até 12h/dia;</p> <p>d) elimina o ruído dos gases intestinais e filtra o odor das eliminações.</p>	<p>a) Na fase de adaptação, pode ocorrer a expulsão do oclisor/obturador e o vazamento de gases e/ou fezes;</p> <p>b) pode ocorrer dor em cólica ou sensação de intestino cheio.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Na Figura 69 são apresentadas as considerações para a escolha do oclisor/obturador, considerando o diâmetro e o tamanho da estomia.

Figura 69 - Considerações para a escolha do oclisor/obturador



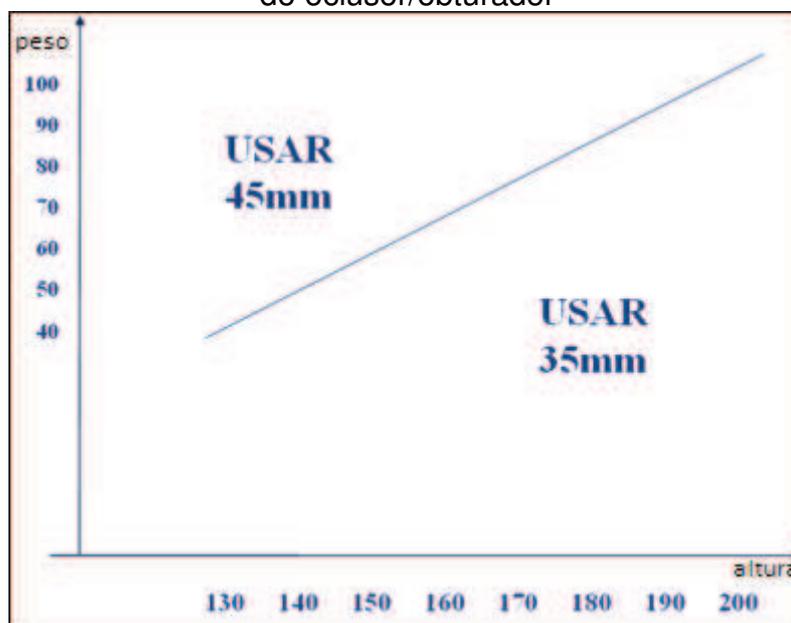
- O cilindro do oclisor/obturador mede 35 ou 45 mm de comprimento.
- A seleção do tamanho do cilindro deve ser feita com base na relação das medidas de peso e altura, de acordo com o gráfico proposto pelo fabricante. (Figura 70).



- Recomenda-se escolher a base adesiva com recorte de 20 a 35 mm ou de 35 a 45 mm, conforme o diâmetro da estomia.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

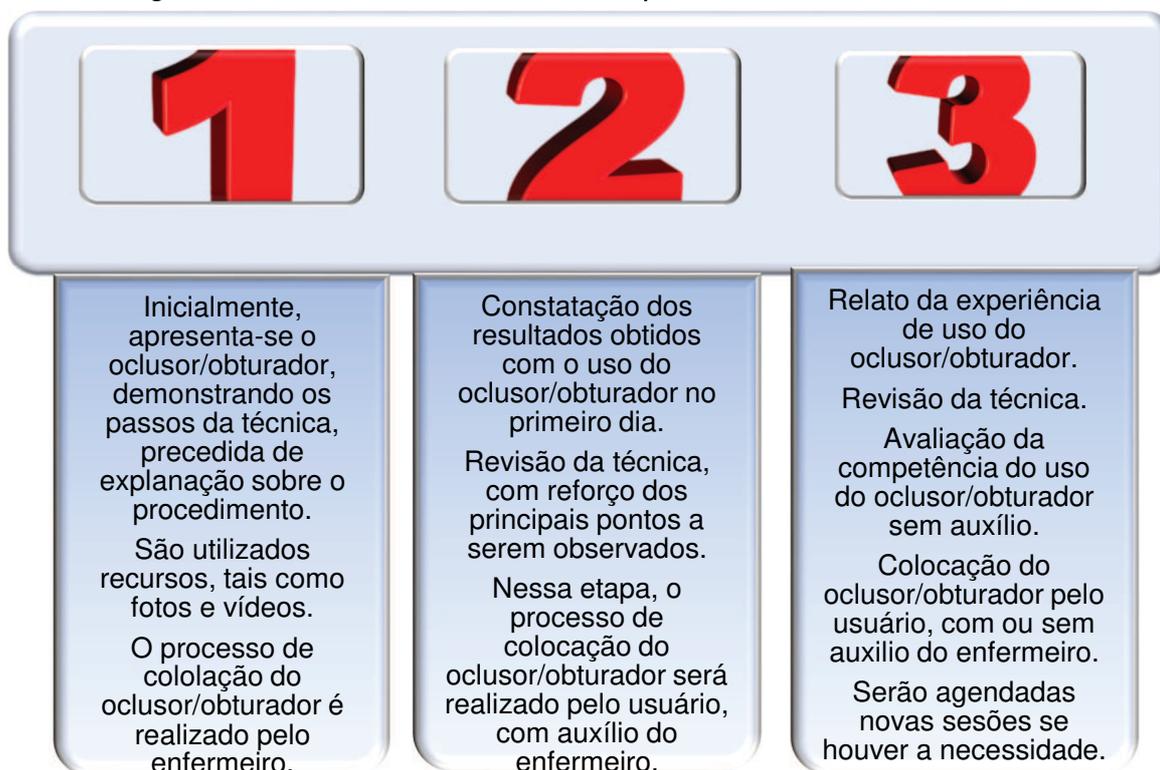
Figura 70 - Gráfico peso/altura para escolha do tamanho do comprimento do cilindro do oclisor/obturador



Fonte: Medeiros (2012c).

Inicialmente, o processo educativo consiste em três sessões, que devem ser programadas sempre no mesmo horário e em dias consecutivos (Figura 71):

Figura 71 - Sessões de treinamento para utilizar o oclisor/obturador



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

O tempo de permanência do oclisor/obturador é estabelecido periodicamente e depende de estar ou não associado à irrigação, conforme descrito no Quadro 11.

Quadro 11 - Tempo de permanência do oclisor/obturador

Período/Semanas	Tempo de uso	
	Sem irrigação	Com irrigação
Primeira semana	4h/dia	4 a 6h/dia
Segunda semana	6h/dia	8 a 10h/dia
Terceira semana	8h/dia	Intervalo entre irrigações
Quarta semana	10 a 12h/dia	

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Borges, Ribeiro (2015); Paula, Cesaretti (2014c); Santos, Cesaretti e Lima (2015).

Ao ser considerado apto para usar o oclisor/obturador, a pessoa executa sozinha o processo em seu domicílio, retornando ao ambulatório uma vez por semana, até a adaptação ao uso. (BORGES; RIBEIRO, 2015; PAULA; CESARETTI, 2014c; SANTOS; CESARETTI; LIMA, 2015).

6.10 Sistema para Fístulas

Muitos produtos destinados ao cuidado de estomias e feridas podem ser aplicados aos cuidados de fístulas. Dessa forma, é necessário que o enfermeiro esteja atualizado em relação a tais recursos. Entre eles compreendem-se bolsas coletoras, de uma ou duas peças, e adjuvantes para proteção e tratamento da pele. (LEITE; CESARETTI; 2015).

A bolsa coletora, específica para o cuidado de fístulas (Figura 72) é fabricada nos tamanhos pequeno, médio e grande, em peça única, com base adesiva maior que as das bolsas coletoras para estomia. (LEITE; CESARETTI; 2015).

Figura 72 - Sistema para fístulas



Fonte: Bolsa...(2017).

6.10.1 Componentes do Sistema para Tratamento de Fístulas

O sistema (Figura 73) para tratamento das fístulas é constituído por vários componentes. Além disso, apresenta tamanho diferenciado (maior do que as demais bolsas) e características específicas (LEITE; CESARETTI; 2015):

- adaptação da bolsa em fístulas com abertura em ferida cirúrgica;
- abertura na parte anterior, do tipo janela, para tornar possível o acesso à fístula;
- uma ou duas aberturas inferiores para drenagem do efluente, com fechamento valvular, que pode ser cortado para adaptação de *clamp* de fechamento.

Figura 73 - Sistema para tratamento de fístulas



Grade de Demarcação: possibilita que o recorte seja feito no tamanho e no formato exato da fístula.



Plástico Protetor Transparente: permite que o profissional marque o formato da grade de demarcação sem contato com a fístula, evitando a contaminação.



Base Adesiva: apresenta-se em três tamanhos (pequeno, médio e grande) e em formato de flor, para melhor adaptação e conforto do paciente.



Janela de Proteção: permite acesso à fístula.



Canal de Drenagem: fácil de utilizar, permitindo a irrigação da fístula e drenagem pelo cateter.



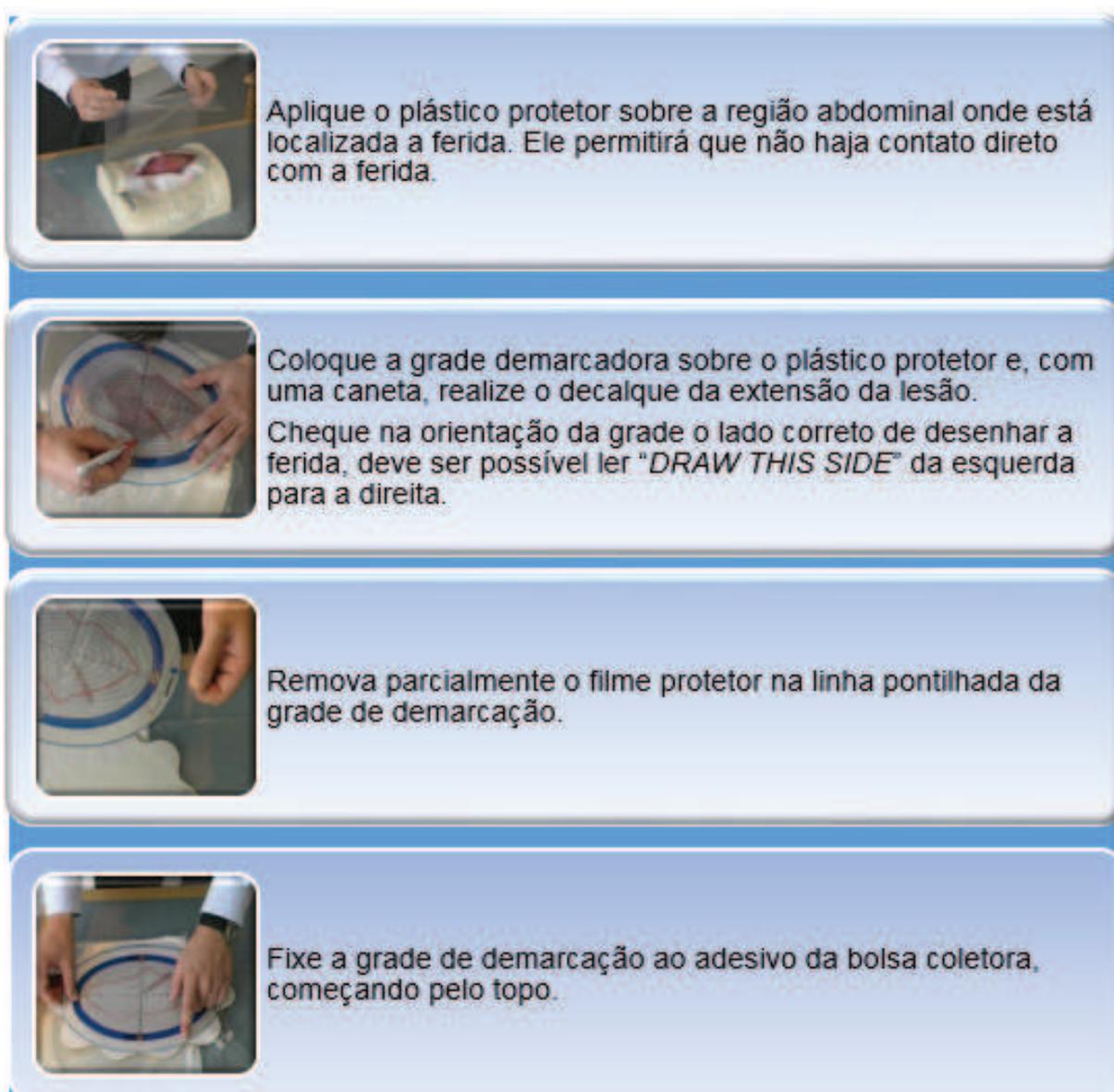
Clamp para Fechamento: desenhado anatomicamente.

6.10.2 Orientações para Utilizar o Sistema para Fístulas

O enfermeiro deve iniciar as primeiras medidas de proteção da pele tão logo o problema da fístula seja identificado. O uso do sistema para fístulas promove o cuidado da pele na região perifístula e a contenção do efluente, possibilitando a mensuração da drenagem. Também proporciona conforto, controle do odor e a mobilidade do paciente. O uso é indicado quando a drenagem da fístula for superior a 100 ml/24 horas. (LEITE; CESARETTI; 2015). As orientações para a utilização da bolsa para fístulas são apresentadas na Figura 74.

Figura 74 - Orientação de como utilizar o sistema para fístulas

(continua)



The diagram consists of four horizontal panels, each with a small image on the left and text on the right, all set against a light blue background. The panels are arranged vertically. The first panel shows a person's hands applying a clear plastic protector to a patient's abdomen. The second panel shows a person's hands using a blue pen to draw a red circle on a white grid placed over the plastic protector. The third panel shows a person's hands peeling away a portion of the clear plastic protector along a dashed line on the grid. The fourth panel shows a person's hands securing the grid to the adhesive of a white collection bag.

Aplique o plástico protetor sobre a região abdominal onde está localizada a ferida. Ele permitirá que não haja contato direto com a ferida.

Coloque a grade demarcadora sobre o plástico protetor e, com uma caneta, realize o decalque da extensão da lesão. Cheque na orientação da grade o lado correto de desenhar a ferida, deve ser possível ler "DRAW THIS SIDE" da esquerda para a direita.

Remova parcialmente o filme protetor na linha pontilhada da grade de demarcação.

Fixe a grade de demarcação ao adesivo da bolsa coletora, começando pelo topo.

(continuação)



Siga removendo o restante do filme protetor enquanto conclui a fixação.



Recorte a base adesiva, acompanhando o desenho feito na grade de demarcação.



Remova o papel da base adesiva do dispositivo para fístula.



Aplique a base adesiva sobre a pele, massageando levemente para sua fixação.



Certifique-se de que a base adesiva está completamente aderida.



Com a bomba azul ou manguito infle o canal (localizado abaixo do acoplamento com a janela).

(continuação)



Uma vez inflado, esse canal impossibilitará que a janela de proteção fique em contato com a ferida.



Fixe o canal de acesso à face frontal da janela transparente. Vire a janela ao avesso e faça um orifício no centro do canal de acesso.



Se estiver utilizando cateteres nos tamanhos de CH18 à CH22, o canal de acesso está pronto para uso.



Se estiver utilizando cateteres nos tamanhos de CH24 à CH30 ou superior, é necessário retirar a parte superior do canal de acesso. Não é necessário recortar, basta puxá-la com firmeza.



Retire a proteção do adesivo da janela de proteção.



Aplique sobre a bolsa.

(conclusão)



Se necessário aspirar ou irrigar a bolsa de fístula, introduza um cateter pela válvula aplicada na janela de proteção.



Prenda bem o cateter com uma fita adesiva.



Como opção, pode-se aplicar uma bolsa coletora de drenagem para controle do volume da drenagem.



O *clamp* de segurança poderá ser utilizado para bloquear uma das saídas das câmaras de drenagem durante o uso.

Fonte: Gonçalves (2008).

6.11 Vídeos Educativos

Os vídeos inseridos no portal educativo são de acesso livre na internet pelo YouTube, sendo alguns deles produzidos pela empresa Coloplast. São autoexplicativos, mesmo no idioma inglês.

Alguns exemplos são apresentados a seguir:

O vídeo *Colocação de uma bolsa de fezes ou urina* (Figura 75) tem duração de 1 min e 51 s. Aborda procedimentos de retirada do filme protetor, recorte e fixação da base adesiva e fechamento da área de drenagem.

Figura 75 - Colocação de uma bolsa de fezes ou urina



Fonte: Coloplast (2010a).

O vídeo *Higienização de bolsa coletora* (Figura 76) tem duração de 6 min e 44 s. Apresenta uma maneira prática e fácil de esvaziamento do sistema coletor de duas peças, com auxílio de um plástico descartável, otimizando o descarte das eliminações sem a necessidade de higienizar a bolsa coletora.

Figura 76 - Higienização de bolsa coletora



Fonte: Martin (2014).

O vídeo *Limpeza de uma bolsa* (Figura 77) tem duração de 1 min e 58 s. Apresenta o procedimento de descarte das eliminações intestinais, a abertura e o fechamento do sistema em *velcro* da bolsa coletora.

Figura 77 - Limpeza de uma bolsa coletora



Fonte: Coloplast (2010b).

O vídeo *Manuseio do filtro antiodor de uma bolsa coletora* (Figura 78), tem duração de 1 min. Apresenta procedimentos de esvaziamento dos gases pelo filtro antiodor, colocação e retirada do adesivo de proteção sobre o filtro, impedindo seu contato com a água durante o banho.

Figura 78 - Manuseio do filtro antiodor de uma bolsa coletora



Fonte: Coloplast (2010c).

O vídeo *Preparação da bolsa coletora* (Figura 79) tem duração de 1 min 59 s. Apresenta procedimentos técnicos do uso do guia de mensuração nas estomias de formato regular e irregular, e o recorte da placa adesiva.

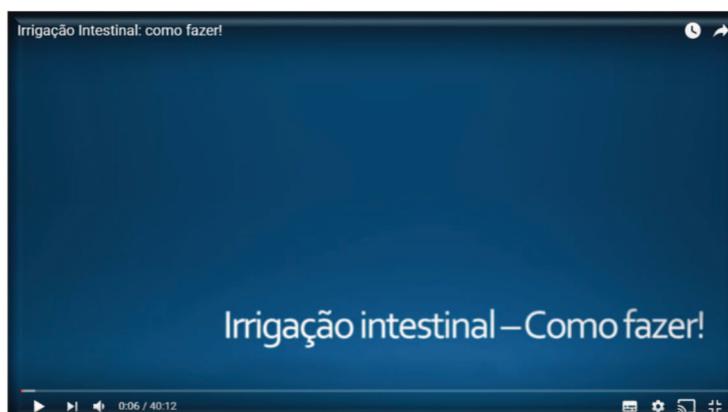
Figura 79 - Preparação da bolsa coletora



Fonte: Coloplast (2010d).

O vídeo *Irrigação intestinal - Como fazer* (Figura 80), tem duração de duração de 40 m e 12 s. Apresenta o kit do sistema de irrigação, a técnica de realização do procedimento, vantagens e indicações do método de irrigação para o colostomizado.

Figura 80 - Irrigação intestinal - Como fazer



Fonte: Irrigação... (2017).

O vídeo *Remoção de uma bolsa coletora* (Figura 81) tem duração de 2 min e 12 s, apresenta a maneira de retirar a base adesiva e realizar seu descarte, além da forma de fazer a higiene da pele periestomia.

Figura 81 - Remoção da bolsa coletora



Fonte: Coloplast (2010e).

O vídeo *Sistema para fístulas* (Figura 82) tem duração de 7 min, apresentando os componentes do *kit* para fístula e a técnica de aplicação.

Figura 82 - Sistema para fístulas



Fonte: Coloplast (2013).

6.12 Divulgação de Livros, Manuais e Sites Relacionados

Os livros e manuais sugeridos no portal educativo trazem conteúdos relacionados a estomias de eliminação intestinal e urinária e apresentam as experiências de seus autores no cuidado de pessoas estomizadas, buscando a sistematização do cuidado de enfermagem.

Da mesma forma, estão disponíveis endereços eletrônicos por meio de *links*, permitindo o acesso a *blogs* e *sites* relacionados ao tema. Nesses espaços, pessoas estomizadas relatam suas experiências, tornando possível o esclarecimento de dúvidas,

incentivando quem necessita de novas perspectivas psicossociais, emocionais e econômicas.

Os livros sugeridos não estão disponíveis para *download* ou leitura *on-line* no formato PDF, mas podem ser encontrados em livrarias e nas bibliotecas, pois são edições atuais.

Os endereços dos *blogs* são apresentados como *links*, para facilitar o acesso. (Figura 83).

Figura 83 - *Links* para acesso a blogs informativos



<http://www.ostomizados.com/>



<http://www.ostomizadosecia.com/>

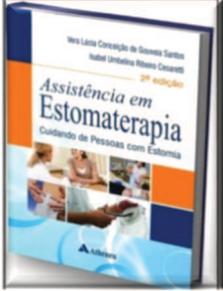


<http://www.abraso.org.br/>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os livros (Figura 84) e manuais sugeridos no portal educativo são direcionados a profissionais, pacientes, cuidadores e familiares de pessoas com estomia.

Figura 84 - Livros sugeridos

	<p>PAULA, Maria Angela Boccara de; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Estomaterapia em Foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2014.</p>
	<p>SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Atheneu, 2015.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo elaborar um portal educativo para os profissionais de saúde, em especial de enfermagem que prestam assistência a pessoas com estomia.

Seguiram-se, para a elaboração do portal, as etapas de análise das necessidades, identificação dos usuários, organização do conteúdo, construção e manutenção do portal educativo. Também foi considerada a experiência do profissional da saúde envolvido no cuidado, uma vez que o portal educativo poderá ser utilizado por profissionais de nível técnico, enfermeiros e usuários com estomia.

O portal educativo foi criado a partir das necessidades dos profissionais de enfermagem, identificadas em visitas técnicas de assessoria e nas atividades de educação em saúde, quando o pesquisador ministra palestras, participa de rodas de conversa e de encontros para discutir e partilhar cuidados ao paciente estomizado. Portanto, vale registrar que o portal visa sustentar a atuação profissional a partir das demandas durante o cotidiano da prática, em municípios do RS.

Também estão disponíveis materiais de apoio didático, vídeos educativos, atualizações e suporte educacional para os profissionais que atuam no cuidado aos pacientes com estomia, bem como um *link* com publicações de manuais relacionados ao tema e sugestões de bibliografia complementar para os procedimentos técnicos.

Não há intenção de finalizar o levantamento de informações que servem de subsídios aos profissionais, mas sim complementar, atualizar e aperfeiçoá-las de acordo com a necessidade e novas demandas. Isso porque os avanços tecnológicos no cuidado da pessoa com estomia são dinâmicos, e o profissional da enfermagem necessita estar constantemente informado dessas mudanças.

Além disso, considera-se que o fácil acesso aos recursos digitais permite que profissionais de enfermagem e pacientes obtenham informações de maneira rápida, prática, eficiente e acessível a todos, podendo ser consultadas a partir de computadores ou celulares. Entende-se que essa organização agiliza tal processo, permitindo que o objetivo proposto seja realmente alcançado.

Os benefícios do estudo estão pautados pela contribuição à qualificação dos profissionais de enfermagem para o cuidado da pessoa com estomia. A elaboração de material educativo, de acesso gratuito, relacionado ao cotidiano profissional, não tem a pretensão de produzir algo novo, mas apenas colaborar pelo compartilhamento

de experiências e informações com as quais o pesquisador está diariamente envolvido.

Assim, os produtos da pesquisa consistem no Portal Educativo de Apoio ao Cuidado a Pessoas com Estomia, acessado pelo domínio <<http://peapee.com.br>> e a criação da marca “PEAPEE”, que está em processo de registro.

REFERÊNCIAS

- ABRASÃO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/abrasão>>. Acesso em: 25 set. 2017.
- ABSCESSO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: língua portuguesa com acordo ortográfico. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/abcesso>>. Acesso em: 25 set. 2017.
- ALBUQUERQUE, Andressa Ferreira Leite Ladislau. **Tecnologia educativa para promoção do autocuidado na saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas**: estudo de validação. 2015. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (UFP), Recife, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/15420/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Andressa%20Ferreira%20L%20Ladislau%20Albuquerque.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 25 set. 2017.
- ALENCAR, Delmo de Carvalho. **Impacto de intervenção educativa online no conhecimento de enfermeiros da atenção básica sobre estomias intestinais de eliminação**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, 2015.
- ANASTOMOSE ileo-anal. In: ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OSTOMIZADOS (APO). **Glossário**: anastomose íleo anal. Lisboa, 2017a. Disponível em: <<http://www.apostomizados.pt/pt/item/5-glossario/13-anastomose-ileo-anal>>. Acesso em: 25 set. 2017.
- ANASTOMOSE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017b. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/anastomose>>. Acesso em 1 out. 2017.
- ÂNUS. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/ânus>>. Acesso em 1º out. 2017.
- APPOLINÁRIO, Fabio. **Metodologia da ciência**: filosofia e prática da pesquisa. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2006.
- ASSESSMENT TECHNOLOGIES INSTITUTE (LLC). **Accepted practice**: types of ostomy surgery. Kansas, 2017. Disponível em: <<https://skillsmodules.atitesting.com/SkillsModulesContent/ostomy-care/ap.html>>. Acesso em: 25 set. 2017.
- AZEVEDO, Cissa et al. Intervenções de enfermagem para alta de paciente com estomia intestinal: revisão integrativa. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 2, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/404/89>>. Acesso em: 13 out. 2017.
- BOLSA para fistula. In: GOOGLE imagens. Mountain View: Google, 2017. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?biw=1366&bih=637&tbm=isch>>

&sa=1&ei=FDgPWsn_Jlm3wQS_wlygBQ&q=bolsa+para+fistula&oq=bolsa+para+fistula&gs_l=psy-ab.3..0i24k1.1388106.1393904.0.1394975.44.19.0.0.0.0.541.2449.22j4j0j1.8.0....0...1.1.64.psy-ab..36.7.2449.0..0j0i67k1.389.0N-IGo2DV5Y#imgrc=4ypCqJgNPm4G4M>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BORGES, Eline Lima; RIBEIRO, Mauro Souza. **Linha de cuidados da pessoa estomizada**. Colaboradores Adriana Gomes de Souza et al. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), 2015. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/ostomizados/24-06-Linha-de-Cuidados-da-Pessoa-Estomizada.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013a**. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993a**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº146, de 14 de outubro de 1993b**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. **Resolução normativa - RN nº 325, de 18 de abril de 2013b**. Altera a Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0325_18_04_2013.html>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRAVA® pasta para estomas sem álcool. Farmacêutica Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, 16 dez. 2014. Bula de remédio.

BRAVA® desodorante lubrificante. Farmacêutica Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, 2 jul. 2015b. Bula de remédio.

BRAVA® fita adesiva elástica estomia. Farmacêutica Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, jul. 2013. Bula de remédio.

BRAVA® pó para estomias. Farmacêutica Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, 01 jul. 2015a. Bula de remédio.

BRAVA® spray barreira de pele para estomia. Farmacêutica Responsável Dra. Érica Almeida Cypas. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, 20 set. 2016. Bula de remédio.

BRESSAN, Aleksander Kuroiwa; CARNEIRO, Vandrê Cabral Gomes. Estomas-bases anatômicas e fisiológicas da cirurgia de intestino em pacientes oncológicos. In: MATSUBARA, Maria das Graças S. et al. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012. p. 151-159.

BURCH, Jennie. Care of patients with a stoma. **Nursing Standard**, London, v. 27, n. 32, p. 49-56, Apr. 10, 2013b. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/nursing-standard/care-of-patients-with-a-stoma-ns2013.04.27.32.49.e7347>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BURCH, Jennie. Care of patients with peristomal skin complications. **Nursing Standard**, London, v. 28, n. 37, p. 51-57, May 2014b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24823592>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BURCH, Jennie. Choosing the correct accessory for each stoma type: an update. **British Journal of Nursing**, London, v. 22, n. 16, p. s10-s13, Sept. 2013a. Suppl. 10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037328>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BURCH, Jennie. Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. **British Journal of Nursing**, London, v. 23, n.17, p. S4, S6, S8-10, Sep 25-Oct 8 2014a. Stoma Supplement, 17.

BURCH, Jennie. Use of barrier creams for sore skin. **British Journal of Nursing**, London, v. 24, n. 5, p. S18, 2015. Stoma Supplement, 5.

CANDIDÍASE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: língua portuguesa com acordo ortográfico. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/candidíase>>. Acesso em: 8 out. 2017.

CARVALHO; Dione Seabra de. **Tecnologia educacional para estomizados**: construção de um guia de orientação para cuidados com a pele periestoma. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Universidade do Estado do Pará, Belém, 2014.

CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro et al. Tecnologia no cuidar de pessoas com estomia: a questão dos equipamentos e adjuvantes. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. cap 18, p. 283-309.

CIRURGIA de Hartmann In: GOOGLE imagens. Mountain View: Google, 2017. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=cirurgia+de+hartmann&rlz=1C1VFKB_enBR723BR723&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjWkl28grzXAhWIC5AKHT01BTYQ_AUICigB&biw=1366&bih=637#imgsrc=vFLdc3ncPU0ksM>. Acesso em: 13 nov. 20.17.

CISTOSTOMIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/cistostomia>>. Acesso em: 4 out. 2017.

CLAMP para bolsa de colostomia drenável – Hollister. São Caetano do Sul, 2017. Disponível em: <<https://www.estomoplast.com.br/produto/clamp-bolsa-colostomia-hollister/>> Acesso em: 02 jan. 2018.

CLIQUE de fechamento reto Convatec- Caixa com 10 unidades. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.expressmedicalstore.com.br/clipe-de-fechamento-reto-convatec-caixa-com-10-unidades-p194/?afiliadoid=33&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_content=Clique_de_fechamento_reto_Convatec_Caixa_com_10_unidades&utm_campaign=&gclid=CjwKCAiA7JfSBRBrEiwA1DWSG7h3ZrbTjYKCzM sJCPSI4hG6FB4rCRBTL_HY2sUNWnf6DqCBMk_drhoCNQ8QAvD_BwEhttps://www.estomoplast.com.br/produto/clamp-bolsa-colostomia-hollister/> Acesso em: 02 jan. 2018.

COLECTOMIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/colectomia>>. Acesso em: 4 out. 2017.

COLOPLAST DO BRASIL. **Como aplicar SenSura® 1 peça?** Como aplicar SenSura® Click 2 peças? Rio de Janeiro, dez. 2012a. 1 folder.

COLOPLAST DO BRASIL. **Creme barreira Comfeel Coloplast**. Farmacêutica Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro, fev. 2012b. Bula de remédio.

COLOPLAST DO BRASIL. **Filtro filtrodor**. Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, dez. 2010a. Bula de remédio.

COLOPLAST DO BRASIL. **Pasta periestomal**. Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, fev. 2010b. Bula de remédio.

COLOPLAST DO BRASIL. **Pó para estomia Coloplast**. Responsável Dra. Paula M. Rudow de Almeida. Rio de Janeiro: Coloplast do Brasil, 2013. Bula de remédio.

COLOPLAST DO BRASIL. **Produtos para cuidados do estoma**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.coloplast.com.br/Produtos/bolsas-e-acessorios-para-estomias/>>. Acesso em: 15 out. 2017.

COLOPLAST. [**Colocação de uma bolsa coletora de fezes ou urina.flv**]. [S.l.], 2010a. (1min 51seg). Disponível em: <<https://youtu.be/UqkqC75jPho>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

COLOPLAST. [**Fistula**]. [S.l.], 2013. (7min). Disponível em: <<https://youtu.be/vbRkPgdQjDI>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

COLOPLAST. [**Limpeza de uma bolsa coletora de fezes ou urina.flv**]. [S.l.], 2010b. (1min. 58 seg). Disponível em: <<https://youtu.be/qnfUzbEk9DQ>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

COLOPLAST. [**Manuseio do filtro antiodor de uma bolsa coletora de fezes ou urina.flv**]. [S.l.], 2010c. (1min). Disponível em: <<https://youtu.be/3bZGdnKGChM>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

COLOPLAST. [**Preparação de uma bolsa coletora de fezes.flv**]. [S.l.], 2010d. (1min 59seg). Disponível em: <<https://youtu.be/-eUmk560znU>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

COLOPLAST. [**Remoção de uma bolsa coletora de fezes ou urina.flv**]. [S.l.], 2010e. (2min 12seg). Disponível em: <<https://youtu.be/ml0dlxGeDaM>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

COLOPLAST. **Limpador de pele solução coloplast (frasco)**. Denmark: 14 mar. 2014. Documento em PDF de acesso restrito da empresa.

COLOSTOMIA. In: GOOGLE Imagens. Mountain View: Google, 2017b. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?dcr=0&biw=1366&bih=637&tbm=isch&sa=1&ei=waQMWsaZKcG0wASG2LmgCg&q=colostomia&oq=colostomia&gs_l=psy-ab.12..0l10.365839.371395.0.373647.23.15.0.0.0.323.1169.2-2j2.5.0...0...1.1.64.psyab..18.4.1168.0...240.JCqA8p_6XGg#imgcr=Ht6ejo6DMAY_1M>. Acesso em: 4 out. 2017.

COLOSTOMIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017a. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/colostomia>>. Acesso em: 4 out. 2017.

CONSEAL Coloplast. In: GOOGLE imagens. Mountain View: Google, 2017. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?biw=1366&bih=637&tbm=isch&sa=1&ei=-y8pwufgliymwgt335pgcg&q=conseal+coloplast&oq=conseal+coloplast&gs_l=psy-ab.3...58874.58874.0.59717.1.1.0.0.0.262.262.2-1.1.0....0...1.1.64.psy-ab..0.0.0...0.yxhchf4v-bm#imgrc=ipbjcvneb6tekm>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 554, 17 de julho de 2017**. Estabelece os critérios norteadores das práticas de uso e de comportamento dos profissionais de enfermagem, nos meios de comunicação de massa: na mídia impressa, em peças publicitárias, de mobiliário urbano e nas mídias sociais. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05542017_53838.html>. Acesso em: 19 nov. 2017.

CONSTIPAÇÃO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: língua portuguesa com acordo ortográfico. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/constipacao>>. Acesso em: 8 out. 2017.

COOK, David A.; DUPRAS, Denise M. A Practical guide to developing effective web-based learning. **J Gen Intern Med**, Rochester, v. 9, n. 6, jun. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492389/pdf/jgi_30029.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CRESSEY, Brienne D. et al. Stoma care products represent a common and previously underreported source of peristomal contact dermatitis. **Contact Dermatitis**, Copenhagen, v. 76, n. 1, p. 27-33, Jan. 2017. doi: 10.1111/cod.12678.

DALLA BARBA, P. et al. Demandas de cuidados de pacientes oncológicos estomizados assistidos na atenção primária à saúde. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3122-3129, Aug. 2017.

DIARREIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: língua portuguesa com acordo ortográfico. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/diarreia>>. Acesso em: 8 out. 2017.

DINIZ, Iraktânia Vitorino et al. Bolsa de colostomia ou sistema oclisor: vivência de colostomizados. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 11, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/84>>. Acesso em: 03 mai. 2016.

DINIZ, Iraktânia Vitorino; CAMPOS, Maria Genilde das Graças Araujo; BRITO, Karen Kristine Gonçalves de. Estomias intestinais e urostomias: complicações estomais e periestomais: assistência de enfermagem nas estomias de eliminação. In: CAMPOS et al. **Feridas complexas e estomias**: aspectos preventivos e manejo clínico. Ideia - João Pessoa, 2016. pt. 5, cap. 13, p. 368.

DOUBLE-barrel colotomy. [S.l.]: SMARTDRAW, 2017. Disponível em: <<https://cloud.smartdraw.com/editor.aspx?templateId=dfc83b10-6d5a-4664-ad2d-930b33bed200&noro=1>>. Acesso em: 15 out. 2017.

ENTEROCOLITE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/enterocolite>>. Acesso em: 4 out. 2017.

ERITEMA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/eritema>>. Acesso em: 8 out. 2017.

EROSÃO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/erosao>>. Acesso em: 8 out. 2017.

ERUPÇÃO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/erupcao>>. Acesso em: 4 out. 2017.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de orientação aos serviços de atenção às pessoas ostomizadas**. Vitória, 2016. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Manual%20ostomizados%202016%201.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.

ESTENOSE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/estenose>>. Acesso em: 8 out. 2017.

ESTOMA. In: ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OSTOMIZADOS (APO). **Glossário**: Estoma. Lisboa, 2017. Disponível em: <<http://www.apostomizados.pt/pt/item/5-glossario/73-estoma>>. Acesso em: 01 out. 2017.

EXANTEMA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/exantema>>. Acesso em: 18 out. 2017.

FARIA, Talita Faraj. **Complicações de estomias em crianças**: frequencia e valores associados. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

FÁSCIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/fascia>>. Acesso em: 18 out. 2017.

FEDERAÇÃO GAÚCHA DE ESTOMIZADOS (FEGEST). **O serviço de atenção aos estomizados no RS**. Porto Alegre, 23 outubro 2011. Disponível em: <<https://fegest.wordpress.com/2011/10/23/o-atendimento-aos-estomizados-no-rs/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FERNANDES, Rafaela Magalhães; MIGUIR, Eline Lima Borges; DONOSO, Terezinha Vieccelli. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte

Nova, Minas Gerais. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 385-392, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010198802010000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2016.

FLATULÊNCIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/flatulencia>>. Acesso em: 8 out. 2017.

FOLICULITE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/foliculite>>. Acesso em: 4 out. 2017.

FONSECA, Luciana Mara Monti et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.190-196. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100027>>. Acesso em: 4 out. 2017.

FURTADO, Sandra Marina da Silva Rosado; PETUCO, Vilma Madalosso; SILVA, Maria Elizete Nunes da. Dermatites periestomias. In: TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana; PADILHA, Maria Angélica Silveira. **Prevenção e tratamento de lesões cutâneas: perspectivas para o cuidado**. Porto Alegre: Moriá, 2018. cap. 8, p. 153-178.

GAMBOA Nidia Sandra Guerrero. Perspectivas atuais e futuras no atendimento a crianças estomizadas. In: MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011. cap. 31, p. 461-485.

GONÇALVES, Maristela. **Fístula: sistema de tratamento Coloplast**. Rio de Janeiro: COLOPLAST DO BRASIL, jun. 2008. Documento em PDF, acesso restrito.

HAHIMOTO, Soraya Yumi; RODRIGUES, Magali A. Dispositivos e acessórios para o cuidado do estomizado. In: MATSUBARA, Maria das Graças S. et al. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem Interdisciplinar**. São Paulo: Lemar, 2012. cap. 18, p. 185-194.

HERBELLA, Fernando Augusto Mardiros; LAURINO NETO, Rafael Melillo. Fístula. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com Estomia**. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 14, p. 167- 214.

HIPERPLASIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/hiperplasia>>. Acesso em: 18 out. 2017.

HOEFLOK, Jo et al. Use of convexity in ostomy care: results of an international consensus meeting. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, St. Louis, v. 44, n. 1, p. 55-62, Jan./Feb. 2017 doi: 10.1097/WON.0000000000000291

HOEFLOK, Jo; PURNELLI, Paris. Understanding the role of convex skin barriers in ostomy care. **Nursing**, [S.l.], v. 47, n. 9, p. 51-56. Sep. 2017. doi: 10.1097/01.NURSE.0000516224.24273.88

IBIRUBÁ. Prefeitura Municipal. **Profissionais da saúde de Ibirubá e região participaram de capacitação**. Ibirubá, 21 jul. 2015. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?dcr=0&biw=1366&bih=637&tbm=isch&sa=1&ei=KQMWpTLPlalwgTz87aoBg&q=rudnei+prusch+&oq=rudnei+prusch+&gs_l=psy-ab.3...39156.40038.0.41499.8.7.0.0.0.0.672.973.3-1j0j1.2.0...0...1.1.64.psy-ab..7.0.0....0.k5xyS2sUeas#imgrc=o_7EX3GpFw4ABM>. Acesso em: 15 nov. 2017.

ILEOSTOMIA. In: GOOGLE imagens. Mountain View: Google, 2017b. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?biw=1366&bih=637&tbm=isch&sa=1&ei=iswJWuWZIIKHwgTtnLWABA&q=ileostomia&oq=ileostomia&gs_l=psy-ab.3..0j0i67k1j0i8.25319.25319.0.26542.1.1.0.0.0.0.160.160.0j1.1.0....0...1.1.64.psy-ab..0.1.159....0.2DWs0E1vvWM#imgdii=8NMirgdv4Sc1NM:&imgrc=5BHln3oA8x-sm>. Acesso em: 13 nov. 2017.

ILEOSTOMIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora. Porto: Porto Editora, 2017a. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ileostomia>>. Acesso em: 4 out. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Síntese de resultados e comentários**: câncer de cólon e reto: 2016. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 15 out. 2017.

IRRIGAÇÃO intestinal: como fazer! [S.l.], 2017. (40min 12seg). Disponível em: <https://youtu.be/ONpE_fNF1J0>. Acesso em: 26 dez. 2017.

KALBACH, James. **Desing de navegação web**: otimizando a experiência do usuário. Porto Alegre: Bookman, 2009.

KAYO, C. M. M. et al. Cuidando de crianças com estomia. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com estomia: cuidando de pessoas com estomia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 15, p. 205-242.

LAGE, Eliana Mitsuko Ida; PAULA, Maria Angela Boccara de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Equipamentos coletores e adjuvantes usados no cuidado das estomias. In: PAULA, Maria Angela Boccara; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro (Org.). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014. cap. 10, p. 151-168.

LEITE, Maria das Graças; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Cuidando do doente com fístula. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia**: cuidando de pessoas com Estomia. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 14, p. 190- 214.

LENZA, Nariman de Felício Bortucan et al. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 755-762, jul./set. 2013. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/17594/15502>>. Acesso em: 18 out. 2017.

LEWIS, Sharon L. et al. **Tratado de enfermagem medico-cirurgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos**. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

MACIEL, Luiz Carlos. Estomias urinárias. In: PAULA, Maria Angela Boccara de; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado** (org.). São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2014. cap. 4, p. 59-72.

MARTIN, Ana Márcia. **Colostomia: higienização de bolsa coletora**. [S.l.], 2014. (6min 44seg). Disponível em: <<https://youtu.be/b6prsS5W83U>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo et al. Banho de sol: um cuidado básico de enfermagem na prevenção e tratamento da dermatite periestoma. **Cien Cuid Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 650-656, out./dez. 2012.

MARTINS, Paula Alvarenga de Figueiredo; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 322-327, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2015.

MAURICIO, Vanessa Cristina; OLIVEIRA, Norma Valeria Dantas de; LISBOA, Marcia Tereza Luz. O enfermeiro e sua participacao no processo de reabilitacao da pessoa com estoma. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 416-422, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452013000300416&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MAZON, Luciana Mazon; PICCINI, Elisangela. A realidade e os desafios do enfermeiro na assistência a pessoa ostomizada. **Saúde Meio Ambiente**, Mafra, v. 4, n. 1, p. 117-128, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/798/554>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

MEDEIROS, Aldirio. **Enfermagem em estomaterapia**. Ijuí, 22 set. 2012c. Documento em PDF, acesso restrito da empresa.

MONTEIRO, Sandra de Nazaré Costa et al. Perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos de um hospital público do Distrito Federal. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 23-32, 2014. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/93>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

MORAES, Juliano Teixeira; SANTOS, Carolina Fernandes; BORGES, Eline Lima. Da formação à prática: a percepção de supervisores de enfermagem sobre os cuidados em estomias. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e. 14733, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a14.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

MORAIS, DAMARIS. **Mulher ostomizada você é capaz de manter o encanto**. São Paulo: ABRASO, 2013. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/Manual%20da%20Mulher%20Ostomizada%20-%20AA%20edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

MURPHREE; Rose W. Impairments in skin integrity. **Nurs Clin North Am.**, [S.l.], v. 52, n. 3, p. 405-417, Sep. 2017. doi: 10.1016/j.cnur.2017.04.008.

NECROSE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/necrose>>. Acesso em: 18 out. 2017.

NEFROSTOMIA percutânea In: GOOGLE imagens. Mountain View: Google, 2017. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=nefrostomia+percut%C3%A2nea&rlz=1C1VFKB_enBR723BR723&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiSsvfYhLzXAhVIGpAKHe2CCY0Q_AUICigB&biw=1366&bih=637#imgdii=3ULDntvnKxPvKM:&imgcr=pVxBnaSCp53m3M>. Acesso em: 13 nov. 2017.

NEFROSTOMIA. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/nefrostomia>>. Acesso em: 4 out. 2017.

NEIL, Nancy et al. A cost-utility model of care for peristomal skin complications. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, St. Louis, v. 43, n. 1, p. 62-68, 2016. doi:10.1097/WON.000000000000194.

OLIVEIRA, Janaina Zambon; MELANI, Armando Geraldo Francchini. Colostomia perineal: indicações, técnica e cuidados. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 10, p. 109-122.

OLIVEIRA, Rosângela A. A pele nos diferentes ciclos da vida In: DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eline Lima. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. cap. 2, p. 9-42.

OPERAÇÃO de Bricker. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <[https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/operação de Bricker](https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/operacao%20de%20bricker)>. Acesso em: 4 out. 2017.

OPERAÇÃO de Hartmann. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <[https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/operação de Hartmann](https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/operacao%20de%20hartmann)>. Acesso em: 4 out. 2017.

ORTIZ-RIVAS, Miriam Karina et al. Nivel de adaptación de la autoimagen y mecanismos de defensa en ancianos con estoma complicado. **Enfermería Clínica**, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 339-344, Nov./Dec. 2014. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2014.07.006>

PAULA, Maria Angela Boccara; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Demarcação do local para a abertura da estomia. In: PAULA, Maria Angela Boccara; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro (Org.). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014a. cap. 08, p. 121-132.

PAULA, Maria Angela Boccara; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Como cuidar de pessoas com estomias complicadas. In: PAULA, Maria Angela Boccara; PAULA,

Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro (Org.). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014b. cap. 11, p. 169-182.

PAULA, Maria Angela Boccara; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Métodos de controle intestinal para a pessoa colostomizada. In: PAULA, Maria Angela Boccara; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro (Org.). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014c. cap. 12, p. 185-208.

PAULA, Pedro Roberto de; MATOS, D. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestoma. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. cap.19, p. 311-320.

PAULA, Pedro Roberto de; SPERANZINI, Manlio Basílio. Colostomias e Ileostomias In: PAULA, Maria Angela Boccara; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro (Org.). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014. cap. 2, p. 13-32.

PELLEGRINO, D. M. S. Como cuidar de criança estomizada. In: PAULA, Maria Angela Boccara; PAULA, Pedro Roberto de; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**(Org.). São Caetano do Sul: Yendis 2014. cap. 13, p. 223-249.

PEREIRA JUNIOR; do Carmo; HENRIQUES, Bruno David. Os cuidados de enfermagem ao paciente colostomizado. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 4, n. 3, p. 50-55, 5 jan. 2010.

PEREIRA, Bruno Jorge. Derivações urinárias. In: CONGRESSO PORTUGUESA DE UROSSEXOPATIA NEUROGÉNICA, 2., 2014. **Anais eletrônicos...** [S.l.], 2014. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/BrunoJorgePereiraMDF/34-palestra-derivacoes-urinarias-2-congresso-de-urossexopatia-neurogenica-2014>>. Acesso em: 4 out. 2017.

PLANOS de saúde fornecerão bolsas coletoras para ostomizados. **Portal Brasil**, Brasília, DF, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/12/planos-de-saude-fornecerao-bolsas-coletoras-para-ostomizados>>. Acesso em: 15 out. 2017.

POGGETO, Márcia Tasso Dal et al. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia na atenção básica. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 502-508, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/554>>. Acesso em: 15 out. 2017.

PRIME HEALTH CHANNEL. **Boils on buttocks**: causes, pictures, treatment and home remedies. [S.l.], Feb. 7, 2011. Disponível em: <<http://www.primehealthchannel.com/wp-content/uploads/2011/02/Boils-on-buttocks.jpg>>. Acesso em: 4 out. 2017.

PROLAPSO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: língua portuguesa com acordo ortográfico. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/prolapso>>. Acesso em: 4 out. 2017.

PROTRUSÃO. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/protrusao>>. Acesso em: 4 out. 2017.

RÉGUA para estomias In: GOOGLE imagens. Mountain View: Google, 2017. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=regua+para+estomias&dcr=0&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiTsdvuvMHXAhVLk5AKHWL0AkIQ_AUICygC&biw=1366&bih=637#imgrc=M9EPKPObPyLxQM>. Acesso em: 4 out. 2017.

REIS, Danielle Freitas dos. **Novas tecnologias para o cliente ostomizado:** refletindo a atuação do enfermeiro a partir da literatura. 2014. Monografia (Especialista) -- Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

REITH, Hans- Bernd et al. LSD-Score: ein neues Praxis- orientiertes Klassifikationssystem fur peristomale Hautlasionen. **Deutsche Gesellschaft fur chirurgie**, Munchen, 30.04.-03.05.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013.

RETOCOLITE. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/retocolite>>. Acesso em: 4 out. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Companhia de Processamento de Dados do Estado do Rio Grande do Sul (PROCERGS). **Gerenciamento de usuários com deficiência:** números de pessoas cadastradas. Porto Alegre, 2017b. Disponível em: <<http://gud.saude.rs.gov.br/gud/index.jsp>>. Acesso em: 25 out. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Coordenadorias regionais de saúde.** Porto Alegre, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 17 out. 2017.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Epidemiologia das estomias. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia:** cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 2, p. 15-25.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro; LIMA, Tânia das Graças. Método de controle intestinal para pessoas colostomizadas; irrigação e ocluser/ obturador de colostomia. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia:** cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 22, p. 363-378.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Evolução da enfermagem em estomaterapia no decorrer de sua história In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 1, p. 1-14.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; SILVEIRA, Néria Invernizzi da. Políticas públicas de atenção as pessoas com estomias, no Brasil. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 31, p. 553- 567.

SCHMIDT, F. M. Q.; HANATE, C. Complicações precoces e tardias nas estomias urinárias e pele periestomal. In: SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 20, p. 321-344.

SCHREIBER, M. L. Evidence-based practice. ostomies: nursing care and management. **Med Surg Nursing**, Pitman, v. 25, n. 2, p. 127-124, Mar. 2016.

SHIMURA, Camila Megumi Naka. **Paciente com câncer colorretal em quimioterapia adjuvante: evidências para os cuidados com estoma e equipamentos coletores**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-04082016-184431/>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

SOUSA, Clementina Fernandes de; SANTOS, Célia; GRAÇA, Luís Carlos Carvalho. Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação. **Referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 21–30, mar. 2015. Disponível em: <http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2487&id_revista=24&id_edicao=77>. Acesso em: 23 abr. 2016.

STEINHAGEN, Emily; COLWELL, Janice, CANNON, M. Lisa M. Intestinal stoma-postoperative stoma care and peristomal skin complications. **Clin Colon Rectal Surg**, [S.l.], v. 30, n. 3, p.184-192, Jul, 2017.doi: 10.1055/s-0037-1598159.

TENNENBAUM, Matt et al. **Pathologists**. Driggs, 2016. Disponível em: <<https://tvhcare.org/specialist/pathologists/>>. Acesso em: 4 out. 2017.

URETER. In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/ureter>>. Acesso em: 4 out. 2017.

URETRA In: INFOPÉDIA: dicionários Porto Editora: termos médicos. Porto: Porto Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/uretra>>. Acesso em: 8 out. 2017.

VASCONCELLOS, Fátima Marques; XAVIER, Zilma Denize Mascarenhas. O enfermeiro na assistência do cliente colostomizado baseado na teoria de Orem. **Revista Recien**, São Paulo, v. 5, n. 14, p. 25-37, 2015.

VIEIRA, Flávia de Siqueira. **Complicações de estoma intestinal e pele periestoma de pacientes em seguimento ambulatorial**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Doi: 10.11606/D.22.2014.tde-06022015-174658. Acesso em: 20 ago. 2017.