

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE,
MESTRADO PROFISSIONAL

Cuidando de crianças com estomias intestinais de eliminação

Orientações ao profissional de enfermagem



“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo”.

Paulo Freire

C345c Castelo Branco, Ravena Vaz Feitosa
Cuidando de crianças com estomias intestinais de
eliminação / Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco. – Dourados,
MS: UEMS, 2021.
36 p.

Produção Técnica (Mestrado) – Ensino em Saúde –
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2021.

Orientadora: Prof. Dra. Fabiana Perez Rodrigues
Bergamaschi.

Coorientador: Rogério Dias Renovato.
ISBN: 978-65-86308-59-4.

1. Estomias intestinais infantis 2. Cuidados de enfermagem 3.
Tecnologia cuidativo-educacional I. Bergamaschi, Fabiana Perez
Rodrigues II. Renovato, Rogério Dias III. Título

CDD 23. ed. - 618.92

Autores

Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco

Enfermeira. Mestranda em Ensino em Saúde pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade de Dourados. Especialista em UTI neonatal e pediátrica. Atua como enfermeira assistencial da Unidade de Cuidados Intermediários de Neonatologia do Hospital Universitário da UFGD.

Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFG. Mestre em Enfermagem pela UFG. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul e do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS).

Rogério Dias Renovato

Farmacêutico. Doutor em Educação pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Professor Associado da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) no Curso de Enfermagem, Unidade de Dourados. Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional.

Colaboração

André Luiz de Paula

Janduy Vinicius de Souza

Jaqueline Aparecida dos Santos Sokem

Katiusci Antunes de Souza Lima

Kelly Ávila Antunes

Rosana Mendes

Sandra Alves Nogueira Rondon

Simone Alves Rocha

Suellen Batista Mariano de Deus

Veruska Sandim Vilela

Designer gráfico

Vanda Laurentino

Apresentação

A construção desta Tecnologia Cuidativo-Educacional - TCE, parte da pesquisa de mestrado intitulada *Estomias Intestinais Infantis: problematizando o cuidado*, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), que estabeleceu um espaço de reflexão acerca do cuidado do recém-nascido estomizado entre a equipe de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal de um Hospital Público de Ensino, por meio do desenvolvimento de uma prática educativa ancorada na problematização com o uso do Arco de Maguerz.

A TCE é o conjunto de conhecimentos científicos, fruto de processos concretos que sustentam e operacionalizam o processo de cuidar e educar o outro, sendo este: usuário/paciente, acompanhante e profissional de enfermagem (SALBEGO, 2016). Apoiada neste conceito, essa tecnologia foi pensada e elaborada a partir de um processo concreto de discussão entre os profissionais de enfermagem, sobre o cuidar do recém-nascido estomizado intestinal, por meio da problematização da realidade e ancorada nos pressupostos da pedagogia da libertação de Paulo Freire.

Inicialmente a ideia da tecnologia partiu da construção do conhecimento sobre o cuidado do recém-nascido estomizado e foi pensada pelos participantes do estudo, como um material que desse suporte à prática do cuidar de maneira simples, clara e assertiva como

os procedimentos operacionais padrão – POP’s. Entretanto, reconhece-se a importância de que a tecnologia Cuidativo-educacional, responda a *práxis* do cuidar e educar da enfermagem que busca o empoderamento do profissional e que auxilie no processo de autonomia dos sujeitos durante o ato de cuidar-educar e educar-cuidar, pensou-se na elaboração desta tecnologia como um manual educativo, que instrumentalize o profissional com conhecimentos teóricos fundamentais para o cuidado da criança com estoma intestinal, partiu-se desde a conceituação de um estoma, até o cuidado do mesmo e prevenção de complicações.

Essa TCE visa orientar os cuidados de enfermagem não somente ao recém-nascido, mas também as crianças de todas as faixas etárias, haja vista que os cuidados são os mesmos.

No processo de elaboração da tecnologia, além do referencial que conceitua uma tecnologia Cuidativo-educacional, do suporte teórico que envolve a temática, buscou-se também referencial que orientasse a elaboração de manual educativo.

Nesse sentido, esse manual foi construído seguindo o conceito e orientações sobre manual educativo por Silva, Renovato e Araújo (2019), no Dicionário Crítico de Tecnologias Educacionais em Saúde, o qual estabelece a necessidade de rigor científico quanto ao tema do manual, adequação da linguagem e apresentação atrativa.

Nessa premissa, espera-se com essa tecnologia contribuir para o desenvolvimento de uma assistência mais segura de crianças com

estomia e a partir da realidade na qual foi pensada e construída, bem como servir de modelo para adaptações em outras realidades.

Sumário

O que é uma estomia intestinal?	10
Como cuidar da criança que irá se submeter a estomia intestinal?	11
Avaliação inicial e orientação pré-operatória	11
Avaliação da estomia	13
Avaliação da pele periestomia	14
Cuidados com a estomia e pele periestomia	15
1) Quando trocar a bolsa?	15
2) Protetores de pele	16
Quais as complicações mais frequentes?	19
Equipamentos coletores e adjuvantes	24
Orientações e cuidados pós-operatórias	29
Consideração Final	32
Referências bibliográficas	33

O que é uma estomia intestinal?

A estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização dos sistemas digestório, respiratório ou urinário criando uma abertura externa que é denominada estoma. A exemplo de estomias intestinais de eliminação, a colostomia e a ileostomia, são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado respectivamente, e consiste na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal (BRASIL, 2009).

As estomias infantis são realizadas com mais frequência por situações clínicas de origem benigna e doenças cirúrgicas congênitas. São classificadas de acordo com a sua localização, funções (alimentação, descompressão, evacuação e administração de medicamentos), modo de confecção (em alça, em dupla boca, terminal ou fístula mucosa), quanto ao uso (temporário ou definitivo), de acordo com a continência (continente ou incontinente) e baixas e altas (MURAGAKI; RAICHER, 2014).

A confecção de um estoma em uma criança gera um grande impacto no seu dia a dia e em seus familiares, afetando desta forma sua capacidade funcional, integridade funcional, convívio social e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (VALDES *et al.*, 2010).

Nas crianças, a colostomia é o tipo de estomia intestinal comumente realizada para manejo de doenças congênitas ou adquiridas, como a doença de Hirschsprung ou megacólon congênito, malformações anorretais (por exemplo, ânus imperfurado), enterocolite necrotizante, atresia intestinal e íleo meconial (KAYO *et al.*, 2015).

Essa clientela necessita de cuidados especializados, e, por isso, a sua implementação é desafiadora aos profissionais. Nesse sentido, a educação em saúde tem papel importante nesses casos pois leva em

consideração a experiência de adoecimento e seus desdobramentos, e pode favorecer no aperfeiçoamento da assistência à saúde, além de potencializar o alcance de objetivos específicos do programa de saúde (SOUZA *et al.*, 2007).

Os cuidados de enfermagem a criança estomizada intestinal necessitam de uma realização de um planejamento efetivo para intervenções necessárias e individualizadas a partir do histórico da criança e de uma avaliação criteriosa (PELLEGRINO, 2014).

Como cuidar da criança que irá se submeter a estomia intestinal?

Os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve realizar à criança estomizada são: manter conforto, bem-estar, acolher a família, evitar complicações ou detectá-las precocemente, evitar lesões pelo uso inadequado dos equipamentos e adjuvantes para estomias e pela falta de informações do cuidador e por último, realizar orientações para o cuidador e/ou paciente para o autocuidado (PELLEGRINO, 2014).

Avaliação inicial e orientação pré-operatória

- ◇ Geral: sobre o estado de hidratação e nutricional, hábitos da criança e família/cuidador, aspectos sociais e econômicos da família, acolher sentimentos da criança e familiares/cuidador relacionados com a cirurgia; os pais/cuidador devem ser informados sobre os benefícios, riscos e complicações da cirurgia; autorização formal do responsável legal pela criança para o procedimento cirúrgico (CARVALHO *et al.*, 2015).

- ◇ Jejum: O jejum, em neonatos, deve ser 4 horas de jejum absoluto e em crianças maiores, 8 horas. É obrigatório a hidratação endovenosa com eletrólitos, controle de glicemia e do estado de hidratação (PELLEGRINO, 2014).
- ◇ Cirurgias eletivas: Em caso de cirurgia eletiva, a criança é internada de um a três dias antes do procedimento para preparo do cólon através de lavagens intestinais, laxantes, dietas sem resíduos ou uso de manitol 10% ou polietilenoglicol (CARVALHO *et al.*, 2015).
- ◇ Na prática, a demarcação da estomia na criança, limita-se ao distanciamento da estomia, como nas regiões inguinais e hipogástrica; saliências ósseas, cicatriz umbilical ou coto umbilical; incisão cirúrgica próxima ou junto à estomia (PELLEGRINO, 2014).
- ◇ A demarcação do local da estomia deve ser realizada pelo cirurgião coloproctologista e/ou pelo enfermeiro estomaterapeuta ou por um enfermeiro generalista capacitado para tal finalidade e com o intuito de reduzir complicações na pele periestomia após o pós-operatório. Tanto na criança e principalmente nos recém-nascidos não é comum realizar a demarcação considerando o caráter de emergência da cirurgia geradora do estoma (SANTOS *et al.*, 2015).
- ◇ Registrar todas as informações no prontuário.

Avaliação da estomia

- ◇ Deve ser realizada de **forma frequente e registrada** em prontuário, possibilitando a detecção precoce de complicações.
- ◇ Realizar os primeiros procedimentos na presença do cuidador/familiar.
- ◇ Faz-se necessário mostrar para o cuidador/familiar que a estomia não é dolorida e que ao higienizá-la pode ser tocada e manipulada de forma suave.
- ◇ Observar as características da estomia que possui coloração normal vermelho-vivo ou rosa-escuro, avaliando edema, presença de sangramento e sua origem, protrusão, aderência do equipamento coletor, características da pele periestomia e registrar os achados.
- ◇ Faz-se também o controle de seu efluente eliminado, observando volume e consistência. A observação da pele e o estado geral da criança deve ser contínua.
- ◇ Mensurar diâmetro e avaliar a protrusão da estomia para indicação e escolha do equipamento coletor.
- ◇ É comum nas duas primeiras semanas a estomia apresentar-se edemaciada.

(PELLEGRINO, 2014)

Avaliação da pele periestomia

De acordo com Pellegrino (2014) a avaliação da pele periestomia deve ser:

- ◇ Visualizar e avaliar adequadamente a pele da criança.
- ◇ Pele normal é aquela hidratada, elástica e corada.
- ◇ Hiperemia persistente ao redor da pele ao redor ou entre “bocas” é um **SINAL DE ALERTA**.
- ◇ Lesão com tamanho e formato exato da base adesiva da bolsa é considerada reação de hipersensibilidade ao produto.
- ◇ Alterações dermatológicas podem aparecer, do tipo, eritema, pontos de erosão, pústulas, vesículas, úlceras, erupções locais ou satélites e sempre exigem intervenção.
- ◇ Quando há uma incisão próxima a estomia, realizar primeiro a higienização da incisão com solução fisiológica e pode-se aplicar ácidos graxos essenciais (AGE) sobre a incisão. Em alguns casos, essa proximidade entre a incisão e a estomia retardam o uso da bolsa coletora sobre a incisão.

Cuidados com a estomia e pele periestomia

1) Quando trocar a bolsa?

A bolsa coletora é um recipiente hipoalergênico que possui uma base adesiva para fixação à pele. Tem finalidade de proteção, absorção, cicatrização de lesões superficiais, boa aderência à pele e conforto (PELLEGRINO, 2014).

De preferência, o saco coletor deve ser transparente para facilitar o monitoramento da estomia. A escolha baseia-se após exame físico e avaliação da estomia na eficácia, proteção, adaptação e menor risco de vazamento e lesão. Dever ser colocada de preferência no intra-operatório ou de acordo com prescrição médica. A **abertura de drenagem da bolsa deve ficar lateralizada** ao corpo da criança para facilitar escoação, bem como esvaziamento (PELLEGRINO, 2014).

Esvaziar todo o conteúdo da bolsa coletora em uma fralda para medir a quantidade de efluente. Ensinar o familiar/ cuidador a esvaziar a bolsa. A bolsa deve ser esvaziada quando estiver com **1/3 da sua capacidade** e seu interior deve ser lavada com água limpa fria introduzida com seringa ou recipiente, para evitar o amolecimento da base adesiva. Misturar a água com efluente através de movimentos. **O banho deverá realizado após o esvaziamento e higiene da bolsa** (PELLEGRINO, 2014).

Nas primeiras 6 a 8 semanas a mensuração da estomia deve ser realizada com frequência devido edema fisiológico e, conseqüentemente, também ocorre sua regressão de tamanho. Utilizando um mensurador próprio, recortar a base deixando de 2 a 3 milímetros ao redor do molde, para acomodar a estomia sem trauma. Passar os dedos levemente sobre interior do recorte para acertar as bordas.

Cabe destacar, que esse recorte não pode ser muito maior para evitar que a pele exposta ao efluente seja lesionada, da mesma forma, os recortes pequenos, forem menores que o estoma, causarão isquemia devido a compressão (PANTAROTO, 2014).

2) Protetores de pele

Os protetores de pele são barreiras de proteção à pele recortável e mais maleável, a placa deve ser mantida acima de 24 horas, desde que perfeitamente aderida sobre a pele. Não realizar banhos demorados.

Barreira protetora da pele em pó: usada para absorver a umidade na pele periestomia. Uso correto é polvilhar no local úmido, com quantidade mínima, e aplicar bolsa coletora sobre local.

Barreira protetora da pele em pasta: sua composição não pode conter álcool, usado em pele íntegra, proteção de pele e quando há dificuldade de aderência da bolsa coletora. Indicado para retração do estoma. Os resíduos da pasta aderidos sobre a pele fornecem proteção

a pele e estes não devem ser retirados pela fricção da pele da criança durante a higiene. A higiene deve ser de forma suave (figura 1).



Figura 1 - Hidrocoloide em pasta, pó e placa (resina sintética).

Fonte: arquivos da própria autora.

Polímero formador de película: produto não alcoólico, ou sem dimeticona, na forma de spray. Tem ação protetora da pele e deve ser reaplicado em intervalos mínimos de 12 a 24 horas (figura 2).



Figura 2 – Película protetora não alcoólica.

Fonte: arquivo da própria autora.

Crems protetores estabilizadores de pH, ou compostos de óxido de zinco ou ácidos graxos essenciais (AGE): devem ser utilizados quando há impossibilidade de aderência a um sistema coletor. Nesses casos, opta-se por cobrir a estomia com fraldas absorventes. Já nos neonatos, pode hidratar as estomias com soro fisiológico 0,9% ou AGE, quando os efluentes não representam risco à integridade da pele. Pode-se cobrir a estomia com compressas absorventes ou fraldas descartáveis (figura 3).



Figura 3 – AGE solução.

Fonte: arquivos da própria autora.

OBSERVAÇÃO: não usar produtos que possam ocasionar irritação da pele da criança e/ou neonato como benjoim, álcool, éter, iodo, clorexidina e benzina (PELLEGRINO, 2014).

Quais as complicações mais frequentes?

Entre as complicações mais frequentes, está a presença do **edema**, considerada como uma resposta fisiológica pelo trauma cirúrgico. Geralmente, regride em duas semanas (MATOS; PAULA, 2015).

Os **abaulamentos** na região da estomia e no abdome, são também observáveis em alguns casos e podem estar associados a provável hérnia paraestomia - protrusão das vísceras abdominais através do trajeto da estomia (PELLEGRINO, 2014).

Já a presença de **dor**, pode sugerir processo infeccioso, uma vez que a estomia não possui inervações nervosas, portanto NÃO DÓI e deve ser manipulada de forma suave (PELLEGRINO, 2014).

A **obstrução intestinal** decorrente e/ou **estenose** podem também apresentar-se como uma das complicações e são identificadas pela ausência ou diminuição de eliminação de efluente acima de 12 horas pela estomia intestinal (PELLEGRINO, 2014).

Pode ainda ser identificado como uma importante complicação, o **prolapso** intestinal caracterizado pela exteriorização total ou parcial do intestino pela estomia de altura variável, o que favorece o aumento da umidade local e causa sangramento da mucosa exteriorizada (MATOS; PAULA, 2015).

Por outro lado, a **retração do estoma**, caracterizada pelo afundamento da estomia abaixo do nível da pele decorrente da má fixação ou exteriorização sob tensão da alça intestinal, isquemia, necrose, descolamento mucocutâneo, também pode ocorrer. Nesses casos, usa-se disco ou anel de convexidade que melhora a protrusão da estomia e evita infiltração e vazamento de efluentes (MATOS; PAULA, 2015).

Por fim, a **estenose**, caracterizada pelo estreitamento da luz da estomia com saída de fezes afiladas ou com passagem explosiva pela estomia, está relacionada à uma abertura estreita do local de passagem da alça intestinal e é corrigida através de uma dilatação digital ou instrumental (MATOS; PAULA, 2015).

Contudo, considerando a pele periestomia, as **dermatites periestomias** apresentam-se como frequentes complicações e caracterizam-se por um processo anormal, com ou sem ruptura da integridade ao redor da pele. As alterações dermatológicas mais identificadas na pele periestomia são: eritema, erosão, pústula e úlceras estomia (SANTOS; CESARETTI,2014).

Em 2006, foi criado um instrumento unificado, SACS™, do italiano Studio Alterazioni Cutanee Stomali, por Bosio *et al.* (2006) que permite uma padronização da avaliação, classificação de alterações da pele periestomia, a localização topográfica das lesões por quadrantes ao redor da estomia permitindo um registro padronizado.

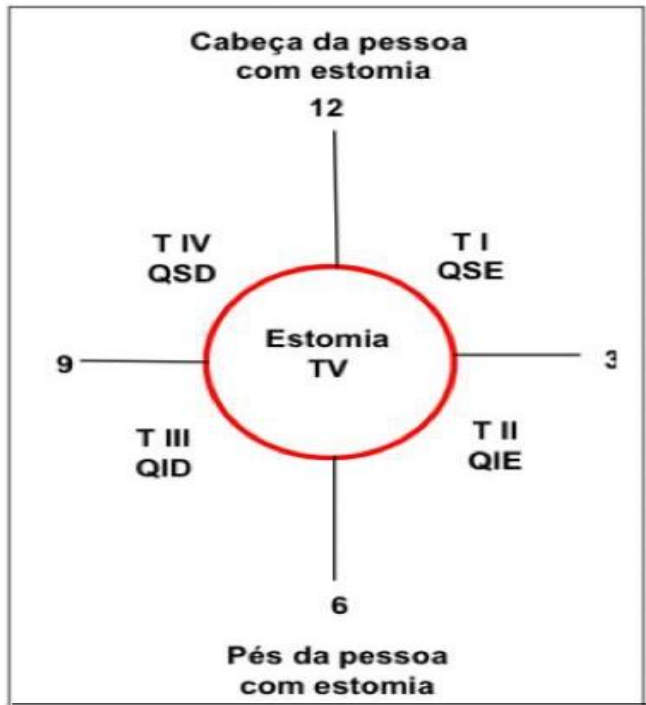


Figura 4 – Representação esquemática dos quadrantes periostomia.

Fonte: Silveira e Lanza (2019).

A localização topográfica das lesões é designada pela letra T e seguida por números romanos, conforme descrito abaixo:

- TI: Quadrante Superior Esquerdo da pele periostomia do paciente (12 a 3 horas)
- TII: Quadrante Inferior Esquerdo da pele periostomia do paciente (3 a 6 horas)
- TIII: Quadrante Inferior Direito da pele periostomia do paciente (6 a 9 horas)
- TIV: Quadrante Superior Direito a pele periostomia do paciente (9 a 12 horas)
- TV: Todos os quadrantes da área periostomal.

Já as lesões são caracterizadas pela letra L sucedida por números ordinais.

- L1 – lesão hiperemiada: apresenta-se vermelha, porém intacta.
- L2 – lesão erosiva: lesão aberta com perda parcial da espessura da pele.
- L3 – lesão ulcerativa: lesão aberta com perda total da pele.
- L4 – lesão ulcerativa: perda total da pele e presença de tecido não viável, morto.
- LX – lesão proliferativa: presença de crescimento tecidual anormal.

Esse instrumento foi traduzido e adaptado para cultura do português do Brasil por Silveira e Lanza (2019) garantindo uma forma de documentar, avaliar e classificar lesões da pele periestomia. Pode ser utilizado por enfermeiros estomaterapeutas, enfermeiros generalistas, equipe multiprofissional e os pais de crianças/adultos estomizados capacitados.

Vários são os fatores etiológicos causadores de dermatite periestomia. São classificados como fatores etiológicos predisponentes e causais. Os fatores predisponentes envolvem a própria pessoa (características da pele, idade, doenças de base, quimioterapia), a estomia (tipo, técnica cirúrgica, frequência de eliminação, localização) e pelo uso de equipamentos e adjuvantes de estomia (SANTOS; CESARETTI, 2014).

Os fatores causais são determinados pelo contato direto da pele periestomia com substâncias irritantes presente no efluente eliminado,

como também no uso de sabões, solventes e adesivos para fixação à pele periestomia estomia (SANTOS; CESARETTI,2014).

Outra causa, é a resposta alérgica aos componentes dos equipamentos para estomia que desenvolve uma resposta inflamatória devido a hipersensibilidade ao componente químico da base adesiva da bolsa coletora estomia (SANTOS; CESARETTI,2014).

Uma causa secundária é ocasionada por uma infecção, foliculite periestomia (estafilococos) e a candidíase (fungos) estomia (SANTOS; CESARETTI,2014).

Equipamentos Coletores e Adjuvantes

A escolha do equipamento adequado é uma etapa primordial e deve ser simultânea ao planejamento e formação continuada da equipe que assiste à criança com estomia. Objetiva a redução de complicações periestomias, suprimindo suas necessidades, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando custos e, concomitantemente, melhor qualidade de vida.

Os **equipamentos coletores** são compostos pela **bolsa coletora e base adesiva**.

A **bolsa coletora** pode ser avaliada pelo tipo de material e pela sua apresentação. As bolsas são fabricadas por um material polimérico sintético com características maleáveis, antiodor, não tóxico, hipoalergênicos, resistente ao rompimento, à abrasão e ao solvente e pode ser transparente ou opaca (SILVEIRA *et al.*, 2015).

As bolsas coletoras podem ser transparentes ou opacas. A transparente é indicada no pós-operatório imediato e mediato, pois permite uma visualização contínua tanto da estomia quanto do efluente. A opaca é usada mais por razões estéticas e psicossociais (SILVEIRA *et al.*, 2015).

Elas podem ser peça única ou duas peças. A peça única possui uma base adesiva de resina sintética ou mista, plana ou convexa, com ou sem adesivo microporoso e está agregada à bolsa coletora (figura 5).

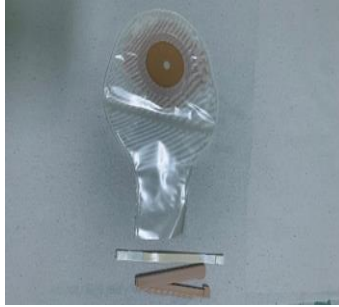


Figura 5 - Bolsa Coletora de uma peça com clamps. Fonte: arquivo próprio da autora.

Já a de duas peças, a base adesiva encontra-se separada da bolsa coletora. Ambas possuem a mesma indicação. Também são classificadas em drenáveis/abertas ou fechadas, com abertura convencional ou com uma segunda abertura (SILVEIRA *et al.*, 2015) (figura 6).



Figura 6 – Bolsa coletora neonatal de duas peças (placa e bolsa separadas). Filtro de carvão na parte superior da bolsa indicado para minimizar odores. Fonte: arquivo próprio da autora.

A **base adesiva** possui uma barreira protetora de pele, utilizada para conservar a integridade da pele periestomia do contato com efluente eliminado. Também é usada para tratar pele lesionada. Formada por polímeros hidrofílicos (hidrocolóides, substâncias naturais, altamente solúveis em água) e hidrofóbicos (substâncias sintéticas que não se misturaram com a água). Podem ser de protetor cutâneo natural, misto e sintético (SILVEIRA *et al.*, 2015).

Conforme sua abertura, a base adesiva da bolsa coletora pode ser: **pré-cortada** (usada em estomia de formato regular), **recortável** (a base pode ser cortada na medida exata da estomia) e **moldável** (a base se molda à forma e tamanho da estomia, sem recortá-la).

Pela sua apresentação, a base adesiva pode ser plana (indicada para estomias com protrusão, ileostomia e derivação urinária) ou convexa (usada quando a estomia encontra-se entre dobra de pele ou gordura, em superfície irregular do abdome (SILVEIRA *et al.*, 2015).

Os **equipamentos adjuvantes** são aqueles que complementam o equipamento coletor fortalecendo a proteção a pele periestomia, segurança, controle intestinal e conforto. São eles: guia para mensuração (figura 7), disco ou anel de convexidade (figura 8), cinto elástico, resinas sintéticas em pasta, pó, tiras ou placa (figuras 9 e 10), película protetora não alcoólico (figura 11), filtro de carvão ativado (figura 12) e espessante para o efluente (figura 13) (SILVEIRA *et al.*, 2015).

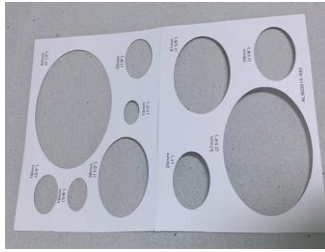


Figura 7 – Guia para mensuração e recorte da placa do equipamento coletor.
Fonte: arquivo próprio da autora.



Figura 8 – Disco ou anel de convexidade. Fonte: arquivo próprio da autora.



Figura 9 – Tiras de resina sintética (hidrocoloide). Fonte: arquivo próprio da autora.



Figura 10 – Resina sintética em pasta, pó e placa. Fonte: arquivos da própria autora.



Figura 11 – Película protetora não alcoólica. Fonte: arquivo da própria autora.



Figura 12 – Filtro de carvão ativado. Fonte: arquivo próprio da autora.



Figura 13 – Espessante. Usado para solidificar os efluentes intestinais quando se apresentam mais líquidos. Adotado principalmente para ileostomia.
Fonte: arquivo próprio da autora.

Orientações e cuidados pós-operatórios

De acordo com Santos *et al.* (2015) a assistência de enfermagem nesse momento deve voltar-se ao processo de reabilitação:

- ◇ Realizar lavagem das mãos antes e depois de manusear a estomia intestinal.
- ◇ Realizar o primeiro cuidado de **forma tranquila e na presença da família/cuidador** com explicações objetivas e claras de como proceder à higienização e proteção.
- ◇ Deve-se utilizar bolsa coletora transparente e drenável para uma melhor observação da estomia, pele e do efluente.
- ◇ Observar e avaliar características da estomia, quanto a coloração, altura ou protrusão;
- ◇ Avaliar pele periestomia;
- ◇ Informar e detectar precocemente complicações como hemorragia, retração ou necrose;

- ◇ Controlar o volume do efluente, utilizando a fralda para realizar o peso e posterior e registro;
- ◇ Atentar para sinais e sintomas de alterações hidroeletrólíticas sobretudo quando se trata de ileostomia ou colostomia direita;
- ◇ Avaliar condições de aderência da bolsa coletora, evitando que haja vazamento ou infiltração da ferida cirúrgica e, na iminência desse fato, realizar troca de bolsa.
- ◇ Não realizar troca de curativo nas primeiras 24 horas, exceto se sangramento abundante.
- ◇ Orientar a família que a criança ficará em dieta zero até avaliação da cirurgia pediátrica.
- ◇ Ensinar a família/cuidador ações específicas relativas à higiene e observação da estomia e pele periestomia e a remoção e troca e ao esvaziamento da bolsa coletora.

OBSERVAÇÕES

- ◇ As **crianças ileostomizadas** estão mais sujeitas ao desequilíbrio hidroeletrólítico, sendo necessário orientação cuidado em relação a dieta, evitar consumo de fibras nas primeiras 6 semanas, introduzindo-as de forma gradual.
- ◇ Realizar controle cuidadoso da ingesta hídrica e estar alerta aos sinais de desidratação (fontanela deprimida, olhos encovados, letargia, choro fraco e diminuição do débito urinário).
- ◇ O efluente da ileostomia, diferente da colostomia, contém enzimas digestivas com alto teor de proteases e lipases, levando

a uma rápida irritação à pele periestomia. Por este motivo, a bolsa coletora deve ser colocada antes do início do seu funcionamento (CARVALHO *et al.*,2015).

- ◇ **Banho de sol:** pode-se realizar de forma controlada com exposição apenas da pele por 5 minutos até as 9 horas da manhã. Para evitar a exposição da mucosa, cobrir a estomia (PELLEGRINO, 2014).
- ◇ **Clara do ovo:** é de uso domiciliar. Deve ser aplicada sem fricção com o intuito de formar uma película protetora. Não esquecer de higienizar a casca do ovo antes de sua abertura (PELLEGRINO, 2014).
- ◇ Quando persiste edema mucoso acentuado, pode- se usar açúcar granulado para sua regressão (MATOS; PAULA, 2015)

Consideração Final

O ensino em saúde foi realizado através Metodologia da Problematização, ancorado no Arco de Maguerez e a coleta de dados a partir da Pesquisa Convergente Assistencial. Todo esse processo crítico-reflexivo permitiu o envolvimento ativo dos sujeitos, consolidação do conhecimento e autonomia.

Ressalta-se a importância do uso das tecnologias cuidativo-educacional (TCE) quem vem contribuindo para o aperfeiçoamento da prática do cuidado em atividades assistenciais e gerenciais.

Esse manual possui o intuito de facilitar e auxiliar no desenvolvimento das atividades dos profissionais de enfermagem na criança estomizada.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009. Institui Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no Sistema Único de Saúde – SUS, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em setembro de 2017.

BOSIO G, PISANI F, FONTI A, SCROCCA A, MORANDELL C, ANSELMINI L, et al. Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee post-enterostomie (SACS): classificazione delle alterazioni peristomali. **G Chir.** v.27, n.6, p.251-4.2006.

CARVALHO, W.A.F. *et al.* Cuidando de criança com estomia. *IN: Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomias.* SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Atheneu. 2.ed, São Paulo, 2015.

KAYO, C.M.M. *et al.* Cuidando de crianças com estomia. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia.** 2. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

MATOS, D.; PAULA, P.R. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestomia. *IN: Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomias.* SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Atheneu. 2.ed, São Paulo, 2015.

MURAGAKI, W.H.; RAICHER, C.A. Estomias na criança. Cap.5. *IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.* Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

PANTAROTO, H. S. C. O cuidado da pessoa nos períodos pré, trans e pós-operatório de cirurgia geradora de estomia. Cap.6. *IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.* Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

PELLEGRINO, D.M.S. **Como cuidar de criança estomizada**. Cap 13. IN: PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

SANTOS, V.L.C.G; CESARETTI, I.U.R. Pele periestomia: prevenção e tratamento de lesão. Cap.9 .IN: PAULA, M.A.B.; PAULA, P.R.; CESARETTI, I.U.R. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. Yendis, São Caetano do Sul, 2014.

SANTOS, V.L.C.G. *et al.* Epidemiologia das estomias. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

SALBEGO, C. **Tecnologias Cuidativo-educacional: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em enfermagem, Rio Grande do Sul, 2016.

SILVA, L.A.R.; RENOVATO, R.D.; ARAÚJO, M.A. **Dicionário Crítico de Tecnologias Educacionais em Saúde**. 1.ed, Dourados, MS: UEMS, 2019.

SILVEIRA, N.I *et al.* Tecnologia no cuidar de pessoas com estomia: a questão dos equipamentos e adjuvantes. IN: **Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomias**. SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. Atheneu. 2.ed, São Paulo, 2015.

SILVEIRA, N.I; LANZA, L.B. Adaptação cultural, índice de validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do The SACSTTM Instrument: Assessing and clasifying peristomal skin lesion. **Rev. Estima**, v.17, n.1919, 2019.

SOUZA, P.D.S. *et al.* Estoma e vida laborativa. **Rev. Estima**, São Paulo, v 5, n 1, p 13-20, 2007.

VALDES, A.G. *et al.* Experiência de crianças com estomias: estudo qualitativo. **Rev. Estima**, v. 8, n.3, p.19-26, 2010.

