

**FACULDADE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALINE REGINA DE CASTRO

**GASTROSTOMIA: uma visão holística da assistência
de enfermagem hospitalar e domiciliar**

**PATOS DE MINAS
2011**

ALINE REGINA DE CASTRO

**GASTROSTOMIA: uma visão holística da assistência
de enfermagem hospitalar e domiciliar**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Cristiana da Costa Luciano

**PATOS DE MINAS
2011**

613.2.032.33 CASTRO, Aline Regina de

C355g

Gastrostomia: uma visão holística da
assistência de enfermagem hospitalar e
domiciliar / Aline Regina de Castro –
Orientadora: Cristiana da Costa Luciano.

Patos de Minas: [s.n.], 2011.

52 p.

Monografia de Graduação –

Patos de Minas - FPM

Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Gastrostomia 2. Assistência de enfermagem

3. Multidisciplinar I. Aline Regina de Castro

II. Título

FACULDADE PATOS DE MINAS
ALINE REGINA DE CASTRO

GASTROSTOMIA: UMA VISÃO HOLÍSTICA DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM HOSPITALAR E DOMICILIAR

Monografia aprovada em ____ de ____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientadora:

Prof.^a Esp. Cristiana da Costa Luciano
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador:

Prof.^a Enf. Ms. Fabrícia Alves Vieira
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Betânia Eneida de Moraes Silva
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Dedico este estudo aos meus pais pelo amor incondicional e ensinamentos de respeito e dignidade e a todos meus familiares que tanto me apoiaram nessa jornada.

Agradeço a Deus que me forneceu forças e oportunidades durante esta minha caminhada.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio e compreensão.

A minha orientadora Professora Esp. Cristiana Costa Luciano pelo profissionalismo e dedicação.

A Professora de TCC Luciana de Araújo Mendes Silva pela responsabilidade, disponibilidade, durante todo o período de elaboração desse trabalho.

Ao médico Dr. Denner Luiz Vilela exemplo de competência, agradeço pela oportunidade de crescimento e aprendizado.

Quando considero quantas e quão maravilhosas coisas o homem compreende, pesquisa e consegue realizar, então reconheço claramente que o espírito humano é obra de Deus e a mais notável.

Galileu Galilei

RESUMO

O estudo aborda a técnica de gastrostomia utilizada como aporte nutricional. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo com o objetivo de conhecer e detalhar a importância do trabalho multiprofissional frente à família, cuidador e paciente gastrostomizado na assistência hospitalar e domiciliar. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico de materiais no período de fevereiro a outubro de 2011, que abordou o tema assistência de enfermagem hospitalar e domiciliar ao paciente portador de gastrostomia. A busca foi realizada nas fontes científicas relacionadas ao tema, encontradas em livros, revistas, artigos, monografias, dissertações e teses na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Verificou nesse estudo ser de grande importância a atuação do enfermeiro na assistência do paciente gastrostomizado, e a integração da família nesse processo focalizando ações educativas para a continuidade do cuidado domiciliar. A parceria da equipe multiprofissional com o cuidador familiar, busca prevenir algumas eventualidades, realizando um cuidado voltado para o modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: Gastrostomia. Assistência de enfermagem. Multidisciplinar.

ABSTRACT

The study addresses the technique of gastrostomy used as nutritional support. It is a descriptive qualitative study aiming to understand and detail the importance of the multidisciplinary front of family, caregiver and patient gastrectomized in hospital and at home. For this was on a literature review of materials in the period from February to October 2011, which addressed the issue of hospital nursing care and home to the patient with a gastrostomy. The search was carried out in scientific sources related to the subject found in books, magazines, articles, monographs, dissertations and theses in the databases of the Virtual Health Library (VHL), indexed in Literature Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS). Found in this study is of great importance to nurses performance in patient care gastrectomized, and the integration of family in this process focusing on educational activities for the continuity of home care. The partnership with the multidisciplinary team of family caregiver, seeks to prevent any eventuality performing a care based on the biopsychosocial model.

Key words: Gastrostomy. Nurse and Multidisciplinary. Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GEP	-	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
GI	-	Gastrintestinal
IMC	-	Índice de massa corporal
MIF	-	Medida de independência funcional
MI	-	Mililitro - equivale à milésima parte do litro
NE	-	Nutrição Enteral
PEG	-	Gastrostomia endoscópica percutânea
SF 0,9%	-	Solução fisiológica a 0,9%
TNE	-	Terapia de Nutrição Enteral

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fixação da sonda nasoenteral.....	21
Figura 2 – Demonstração de sonda nasoenteral, sonda foley adaptada à gastrostomia e o botton.....	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos específicos	14
3	METODOLOGIA	15
4	NUTRIÇÃO: uma necessidade humana básica	16
4.1	Indicações e contra- indicações da nutrição enteral	18
4.2	Avaliação Nutricional	19
4.3	Vias de acesso à nutrição enteral	20
4.4	Classificação dos processos da gastrostomia	21
4.4.1	Gastrostomia endoscópica percutânea.....	21
4.4.2	Gastrostomia por laparoscopia.....	24
4.4.3	Gastrostomia por técnica radiológica.....	25
5	ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AO PACIENTE GASTROSTOMIZADO	26
5.1	Assistência de enfermagem no pré-operatório	27
5.2	Assistência de enfermagem no intra-operatório	29
5.3	Assistência de enfermagem no pós-operatório	29
5.4	Tipos de formulações de alimentação enteral	30
5.5	Recomendações na administração de alimentos e medicação	32
5.6	Ações educativas da equipe multidisciplinar para a saúde do cliente gastrostomizado e da família	33
5.7	Prevenções de complicações com a sonda de gastrostomia	34
5.8	Instruções no preparo da dieta	35

6	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR RELACIONADO AO PACIENTE GASTROSTOMIZADO.....	36
6.1	Características do cuidador: os realizadores da atenção domiciliar	37
6.2	O autocuidado.....	39
6.3	A dependência total.....	41
6.4	Importância familiar no cuidado do paciente gastrostomizado.....	42
6.5	A assistência de enfermagem domiciliar ao paciente gastrostomizado.....	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Conceituam Petroianu et al. (2008) que a gastrostomia é uma técnica de nutrição enteral onde se faz através de um cateter especial uma comunicação entre a luz gastrintestinal e a pele. É um procedimento frequente que pode ser temporário ou permanente, indicado tanto para adultos quanto para crianças.

Sua utilização é necessária em pacientes que sofrem de disfagia devido a transtornos neurológicos e tumores de pescoço, orofaringe e esôfago. A melhora na qualidade de vida destes pacientes após a colocação da sonda de gastrostomia é significativa, porém deve-se atentar para os cuidados com as possíveis complicações como broncoaspiração de conteúdo gástrico, infecções no estoma e outras (LLACH et al., 2005).

A finalidade da gastrostomia é manter o aporte nutricional ofertando a quantidade de nutrientes protéico-calórica e os requisitos mínimos de micronutrientes e vitaminas exigidos diariamente, a terapia de nutrição enteral é uma ferramenta nutricional poderosa, mas que contém suas indicações apropriadas e algumas complicações que podem limitar seu uso (WAITZBERG et al., 2006).

A equipe multidisciplinar tem que se conscientizar que após a alta hospitalar a família do paciente gastrostomizado enfrenta várias dúvidas em relação à nova condição de vida, surge vários questionamentos sobre o tipo de dieta que se pode administrar, que atitudes tomar na presença de diarreia persistente, o que fazer na presença de distúrbios metabólicos e outras mais.

Confirma Perissé (2007) que o paciente gastrostomizado requer acompanhamento contínuo do enfermeiro, até que ele e sua família adquiram o conhecimento para administrar a nova condição de vida, este apoio deve iniciar durante a hospitalização, prolongando-se para o cenário domiciliar, não se esquecendo de incentivar sempre a participação familiar no cuidado do paciente gastrostomizado.

O interesse pelo tema deste estudo surgiu durante trabalhos de campo onde foi observada a ausência de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o procedimento de gastrostomia e cuidados posteriores à colocação da sonda.

Na maioria das pesquisas bibliográficas revisadas prevaleceu à ausência do profissional de enfermagem orientando durante todo o processo de internação e decisão da colocação da sonda e principalmente a falta de informações durante a alta hospitalar o que resulta em grande dificuldade para família e paciente gastrostomizado no âmbito domiciliar.

A abordagem desse estudo tem como intuito caracterizar as necessidades do portador de gastrostomia e de seus familiares como principais cuidadores e avaliar a importância do enfermeiro enquanto orientador desta família referente às complicações, necessidades nutricionais e necessidades psicológicas do paciente, da família e desconfortos que a situação ocasiona.

A equipe multiprofissional tem o dever de educar e orientar seus pacientes quanto às condutas, procedimentos e intervenções, em qualquer fase do processo terapêutico. Por esta razão, a alta hospitalar determina um desfecho importante na continuidade dos ensinamentos; e de acordo com o discurso de alguns cuidadores entrevistados em pesquisas, identificou-se na maioria das vezes apenas a figura do médico no papel de educador, demonstrando a grande lacuna que a enfermagem deixa aos cuidadores (ROMÃO et al., 2008).

Na prática clínica o enfermeiro deve utilizar um plano de assistência de enfermagem e contando com a equipe multidisciplinar é direcionado a capacitar e dar suporte à família e ao paciente gastrostomizado na atenção hospitalar e domiciliar, desenvolvendo ações educativas para orientar seus familiares.

Considerando que os cuidados de assistência e prevenção de complicações são essenciais no papel da enfermagem como educador, pretende-se através desse estudo obter conhecimento técnico científico que possa despertar, orientar e conscientizar profissionais, leitores na assistência ao paciente gastrostomizado, assim como, os estudantes, a família e os portadores de gastrostomia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Levantar através de revisão bibliográfica as atribuições do enfermeiro ao paciente gastrostomizado, na assistência hospitalar e domiciliar, abordando ações educativas que estes profissionais possam desenvolver para capacitar os futuros cuidadores destes pacientes.

2.2 Objetivos específicos

- Conceituar o procedimento cirúrgico de Gastrostomia.
- Avaliar a importância de ações educativas do enfermeiro à família e cuidador do paciente gastrostomizado.
- Detalhar a importância do trabalho multiprofissional frente ao paciente portador de gastrostomia.
- Elaborar um plano de assistência para os futuros cuidadores do paciente gastrostomizado sobre os cuidados diários.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva, através de revisão bibliográfica, no período de fevereiro a outubro de 2011, utilizando-se de fontes científicas relacionadas ao tema, encontradas em livros, revistas, artigos, monografias, dissertações e teses na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), usando as palavras-chave gastrostomia, assistência de enfermagem e multidisciplinar. O material a ser utilizado inclui publicações do ano de 2000 a 2011. Após a leitura do material, as idéias foram discutidas, buscando acrescentar algo mais para o conhecimento dos profissionais de saúde, leitores e para a construção da monografia.

Os principais tópicos foram selecionados de forma a produzir uma sequência lógica de idéias, permeados por inserções próprias dos realizadores do trabalho, baseadas nas pesquisas de autores renomados.

Este estudo foi estruturado em três capítulos, nutrição: uma necessidade humana básica, assistência perioperatória ao paciente gastrostomizado e a contextualização da assistência domiciliar relacionado ao paciente gastrostomizado.

4 NUTRIÇÃO: uma necessidade humana básica

O ser humano para manter o equilíbrio basal necessita de suprir algumas necessidades fisiológicas, sendo uma delas a nutrição. Estado nutricional quando em equilíbrio proporciona resultados excepcionais no tratamento de patologias causadoras de danos à saúde.

Segundo Barbosa e Freitas (2005) a condição essencial para a sobrevivência humana é a alimentação, é preocupante o índice de desnutrição entre pacientes hospitalizados, são vários os fatores e doenças de base que levam os pacientes a não atingirem a quantidade protéico-calórica necessários diariamente e conseqüentemente o estado geral e a resposta aos tratamentos ficam comprometidos, além das complicações que podem estar relacionadas à desnutrição. Devido a questionamentos como este a terapia nutricional tem conquistado, maior importância, sendo utilizado tanto para a recuperação do estado nutricional quanto para a sua manutenção. Se bem indicada, melhora os resultados clínicos e reduz o tempo de internação e os custos com a saúde.

Quando o paciente não consegue alimentar-se adequadamente utilizando a via oral de forma normal, devido alguma condição patológica, para atender as necessidades nutricionais usamos a nutrição parenteral onde são administrados nutrientes especiais através da punção de um vaso calibroso do organismo deste indivíduo ou utilizar a nutrição enteral (PERISSÉ, 2007).

A nutrição parenteral fornece através da via intravenosa nutriente em uma mistura complexa, contendo proteínas, carboidratos, lipídios, eletrólitos, vitaminas, minerais residuais e água estéril em único recipiente. A administração desses nutrientes tem por objetivo melhorar o estado nutricional, manter a massa muscular, promover a manutenção ou ganho de peso e estimular o processo de cura do paciente (SMELTZER et al., 2008).

Entretanto, a nutrição parenteral sob o ponto de vista dos profissionais da área da saúde, deve ser utilizada com precaução e indicação adequada, pois oferece maiores riscos de complicações por infecção quando comparada a nutrição enteral.

Segundo Waitzberg et al. (2006) terapia de nutrição enteral (TNE) é a ingestão de alimentos com a quantidade e qualidade essencial de nutrientes relacionada às necessidades específicas de cada paciente em TNE. Essa ingestão de alimentos pode ocorrer de forma isolada ou combinada, com composição química definida ou estimada, administradas na maioria das vezes através do uso de sondas podendo utilizar também a via oral, podem ainda ser industrializados ou não e sua utilização poderá ser exclusiva ou parcial em pacientes que não são capazes de ingerir ou digerir quantidades suficientes de alimento.

Para Shike (2003) o princípio da história da alimentação enteral originou-se na antiguidade com os egípcios que usavam enemas de nutrientes para resguardar a saúde em geral, depois vieram os gregos que usavam enemas contendo vinho, soro de leite e caldo de cevada para tratar diarreia e fornecer nutrientes; esta prática de nutrição foi utilizada até o século XX quando foi descrita suas inadequações. Em Veneza, 1598 o médico Capiváceo foi considerado o primeiro a usar um tubo oco conectado a uma bexiga de animal para alimentar pelo esôfago. Fim do século XVIII usando um tubo nasogástrico com pele de enguia o cirurgião John Hunter conseguiu alimentar pacientes que sofriam de disfagia neurogênica. Várias adaptações foram feitas e hoje são vastas as opções da TNE adequando as necessidades de cada paciente levando em consideração sua patologia.

Mencionam Cunha e Cunha (2003) as vantagens da nutrição enteral em relação à nutrição parenteral, devido à utilização do aparelho gastrointestinal na nutrição enteral a função e a estrutura do aparelho digestivo é preservada, destaca-se ainda o baixo custo e o menor risco de infecção e complicações metabólicas.

Contudo, Shike (2003) acrescenta que a NE se tornou um procedimento de grande popularidade em vários estados clínicos e com grandes vantagens, além da vasta variedade de fórmulas comerciais de alimentação se trata de um procedimento simples e de baixo risco.

De acordo com Cunha e Cunha (2003) recentemente houve grandes avanços nas novas opções de dietas industrializadas que contêm nutrientes específicos. Utilizando o suporte nutricional como modulador da resposta metabólica e ao ampliar suas indicações, esta prática de nutrição não se limita apenas na correção da subnutrição secundária às doenças debilitantes, atualmente assume o papel terapêutico primário podendo ser utilizado o termo terapêutica nutricional ao invés de nutrição enteral.

4.1 Indicações e contra- indicações da nutrição enteral

Para Waitzberg et al. (2006) uma ferramenta nutricional poderosa é a TNE, mas contém indicações apropriadas e complicações particulares que limitam sua utilização, a melhor escolha é aquela adequada as necessidades do paciente, que disponha de uma oferta protéico-calórica com pelo menos o mínimo de micronutrientes e vitaminas composta em uma dieta saudável.

São vários os fatores que podem determinar a necessidade de se iniciar a nutrição enteral (NE), como exemplo, a disfagia grave que leva a disfunção ou obstrução da orofaringe e esôfago, a disfagia pode estar relacionada com patologias como megaesôfago chagásico, neoplasias de orofaringe, esôfago e pescoço, pode ser também devido às disfunções neurológicas como, acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer, coma e outros; é extensa a lista de indicações nas seguintes situações: vômitos em pacientes com gastroparesia ou obstrução do estômago ou intestino delgado proximal, fístulas do intestino delgado ou cólon, anorexia e broncoaspiração recorrente em pacientes com deglutição incordenada. As necessidades de maior aporte nutricional também têm indicação à NE, a exemplo pacientes vítimas de queimaduras graves (Cunha; Cunha, 2003).

Entretanto, Shike (2003) descreve que a NE é contra indicada em pacientes que tenham obstrução intestinal completa, ílio paralítico, diarréia grave ou má absorção extrema. Em casos onde o paciente possui uma fístula intestinal proximal se o tubo de alimentação for posicionado posteriormente à fístula neste caso a NE está indicada, porém a administração de dieta pode estimular o trato gastrintestinal a secretar mais quantidade de líquidos produzidos pelo estômago, pâncreas e bile, nestas condições estes aumentos de secreções podem agravar a fístula.

É de extrema importância que o enfermeiro avalie a evolução clínica do paciente principalmente após a realização de procedimentos, observando e relatando no prontuário do paciente possíveis problemas e queixas no intuito de prevenir complicações.

Salientam Waitzberg et al. (2006) que na maioria das vezes as contra indicações à NE são temporárias, porém o mais importante é escolher a intervenção mais adequada e executar com segurança, além de conhecer bem o caso clínico do paciente e reavaliar frequentemente as metas da terapia nutricional, se possível é

vantajoso escolher a NE ao invés da nutrição parenteral e assim contribuir para prevenir a atrofia da mucosa do trato gastrintestinal (GI).

4.2 Avaliação nutricional

Profissionais da área da saúde dentre eles o enfermeiro, necessita abordar a avaliação nutricional do paciente analisando o índice de massa corporal (IMC), para identificar quais os déficits presentes e analisar quais as condutas adequadas para intervenção de má avaliação nutricional.

A avaliação nutricional baseia-se na doença em questão relacionada com os déficits nutricionais potenciais ou presentes no momento do exame, além da história alimentar detalhada. Esta avaliação nutricional inclui medidas antropométricas e exames laboratoriais, que irá relatar as reservas corpóreas que serão acompanhadas continuamente (MAIA et al., 2006).

Para Cunha e Cunha (2003) cada paciente deve ser avaliado quanto as suas necessidades nutricionais individualmente levando em consideração questões como, gênero, idade, peso, altura, natureza da doença atual e quantidade de exercício físico realizado. Também deve ser avaliado o controle do volume hídrico a ser infundido através do acompanhamento das condições normais de hidratação verificando o controle hidroelétrólítico.

Quando a equipe multidisciplinar envolve enfermeiros, médicos, nutricionistas e outros profissionais, realizam o trabalho de forma harmônica e coletiva acarretando vários benefícios ao paciente, ofertando assim uma nutrição adequada, além de orientações futuras para uma manutenção do estado nutricional.

4.3 Vias de acesso à nutrição enteral

O estado nutricional quando não adequado, gera alguns transtornos para o paciente. Podemos reestruturar a alimentação por procedimentos invasivos, proporcionando assim vias de acesso que auxiliam a recuperação do processo nutricional.

A sonda nasoenteral é uma das opções de via de acesso à nutrição enteral, trata-se de um tubo fino, macio e flexível que pode ser passado pelo nariz até o estômago ou até o intestino delgado, para fornecer acesso nutricional gástrico, é ofertada ao paciente uma dieta planejada para fornecer todos os nutrientes normalmente ingeridos pela boca e que são essenciais à recuperação e à manutenção da saúde, a sonda nasoenteral deverá ser fixada de acordo com a figura a seguir (DREYER et al., 2004).

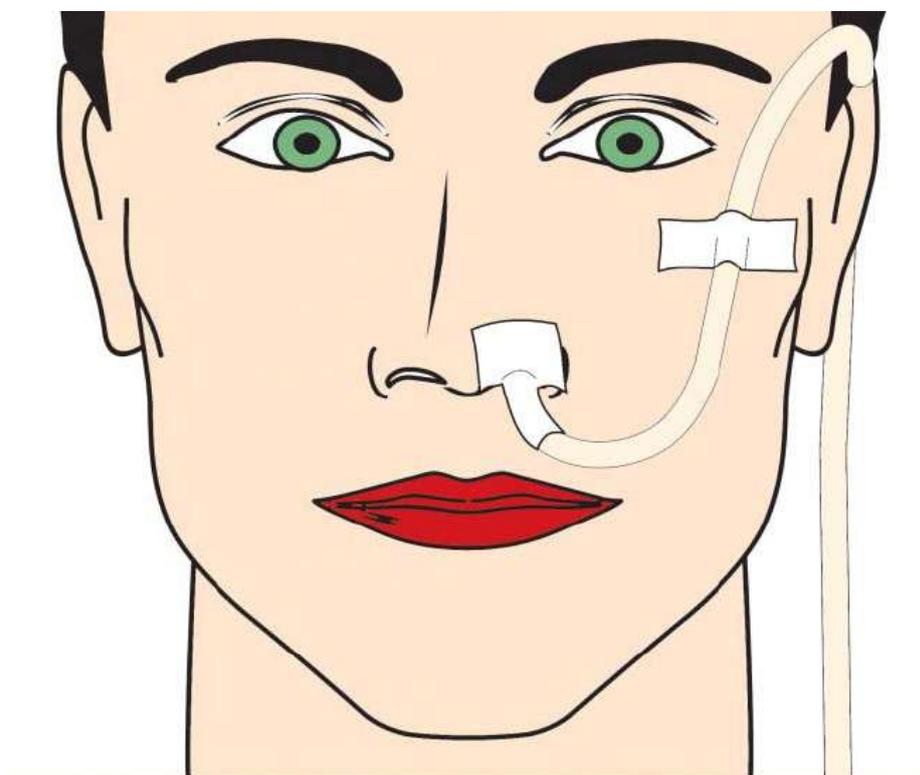


Figura 1 – Fixação da sonda nasoenteral

Fonte: <http://pdf-esmanual.com/books/19367/o_e_n_t_e_r_a_l.html> Dreyer et al., 2004, p. 8.

Enfatizam Waitzberg et al. (2006) as prevenções de complicações que devem ser tomadas em relação à sondagem nasoenteral como, verificar o posicionamento correto da extremidade da sonda através de ausculta de ar injetado pela mesma, aspiração de sucos entéricos, medida de pH, etc. Em pacientes idosos, ou com comprometimento neurológico, devido à ausência de reflexo de tosse pode haver dúvida sobre o posicionamento correto da sonda o que implicará a necessidade de sua confirmação através de radiografia antes da administração de

dieta. Lembrando que a NE utilizada em um longo período de tempo deve ser ofertada através de uma ostomia gástrica ou jejunal, com o posicionamento da sonda pré-pilórica obtém a gastrostomia e com posicionamento da sonda pós-pilórica a jejunostomia.

4.4 Classificação dos processos da Gastrostomia

Segundo Petroianu et al. (2008) gastrostomia é uma derivação do estômago com o meio exterior, realizada cirurgicamente. Com o cateter apropriado se faz a comunicação entre a luz gastrintestinal e a pele. Usada para possibilitar acesso nutricional gástrico ou descompressão em caso de obstrução ou trauma, é um procedimento frequente, temporário ou permanente que varia nos seus processos de realizações, as técnicas utilizadas podem ser guiadas por radioscopia, endoscopia ou laparoscopia.

4.4.1 Gastrostomia endoscópica percutânea

A gastrostomia endoscópica percutânea é uma via alternativa de alimentação enteral. É procedimento que não necessita de anestesia geral apenas local, indicada quando o paciente necessita de dieta enteral por período superior a um mês e que possua o trato gastrintestinal funcionando (MINICUCCI et al., 2005).

Para Zinner e Ashley (2008) a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é mais utilizada em relação à gastrostomia cirúrgica devido às vantagens como baixo custo, por ser menos invasiva e mais segura. Porém esta técnica é contra indicada quando há presença de obstrução esofágica total, ascite e sepse intra-abdominal.

Entretanto Minicucci et al. (2005) descrevem o material necessário à colocação do cateter de gastrostomia por via endoscópica, são componentes básicos do kit de GEP a sonda de poliuretano ou silicone, cânula de punção, geralmente com válvula de segurança, bobina com fio duplo e placa de fixação

externa. A fim de evitar complicações, deve-se fazer uma boa higiene oral e dentária, utilizar técnicas cirúrgicas e assépticas. A GEP é executada com o paciente em posição de decúbito dorsal ou semi-folew e requer a intervenção de um endoscopista e outro profissional auxiliar.

Antes de iniciar o procedimento deve-se administrar uma dose única profilática de cefazolina via intravenosa. Posicionar o paciente e realizar a anti-sepsia do abdome, utilizando a técnica estéril são colocados os campos cirúrgicos. Após esta etapa acontece a introdução do endoscópio até o estomago onde é insuflado ar para distender o abdome e decidir o local de inserção do cateter. Antes de realizar a pequena incisão cirúrgica é infiltrada anestesia local, após a colocação da sonda o endoscopista deve visualizar o posicionamento da mesma. Para finalizar, a sonda deve ser fixada ao abdome com as peças apropriadas que a acompanham (ZINNER ; ASHLEY, 2008).

Contudo, Minicucci et al. (2005) relatam que entre os dois tipos de cateteres disponíveis atualmente: o de poliuretano e o de silicone, em relação à frequência de complicações, de infecção local, hemorragia e ao tempo de funcionamento da gastrostomia, não foi observado diferenças entre os cateteres.

Ainda a respeito dos tipos de sonda Petroianu et al. (2008) relatam o uso de adaptações usando sonda Foley de borracha ou drenos do tipo Malecot ou Pezzer na incisão da gastrostomia. Após o caminho da gastrostomia apresentar-se maduro por volta de 3 a 8 semanas é possível substituir a sonda por um dispositivo tipo botton, que é uma sonda curta de comprimento exato entre o balão interno até a pele, externamente apresenta um conector em forma de botão com uma tampa que permite um encaixe de um extensor utilizado para a administração de dieta; é necessário avaliar sempre se a medida do botton está compatível com o estoma para evitar vazamento e lesão periestomal.

Adaptações da gastrostomia com sondas Foley são vistas frequentemente em ambiente hospitalar e domiciliar, na maioria das vezes gera transtornos como vazamento de dieta e secreção gástrica, causando lesão periestomal. As adaptações tipo Foley são de difícil manipulação para os profissionais da enfermagem devido à grande extensão da sonda, são comuns imprevistos no banho ou na mudança de decúbito resultar na perda da sonda por tração, já o dispositivo botton demonstrado na figura a seguir apresenta maior facilidade para o manuseio.



Figura 2- Demonstração de sonda nasoenteral, sonda foley adaptada à gastrostomia e o botton.

Fonte: <http://endosguima.wordpress.com/2011/04/24/sng-versus-peg/>

Site: Endosguima, publicado em 24/04/2011.

Após a colocação da GEP a dieta é iniciada depois de 24 horas, são observadas neste tipo de gastrostomia as vantagens como menor tempo de hospitalização e melhor aceitação estética comparada às sondas nasoenteral; a perda da sonda e o deslocamento de sua ponta são mais raros, além de evitar processos traumáticos e erosivos da nasofaringe e esôfago, é importante lembrar que a GEP apresentará custos menores em relação à técnica cirúrgica, devido à possibilidade de ser realizada tanto em centro cirúrgico como no aposento do paciente, o que acarretará em uma economia de 40% e pela possibilidade de alta no mesmo dia da inserção temos mais um fator que contribui para a redução dos custos do procedimento (MINICUCCI et al., 2005).

Cabe lembrar que o tempo exato de iniciação da dieta após a colocação da sonda de gastrostomia e alta hospitalar levará em conta o quadro clínico do paciente, a opinião do médico e equipe responsável que avaliará de forma holística o melhor momento para a iniciação da nutrição adequada ao paciente e demais atitudes cabíveis.

Com essa prática não foram observados aumentos nas taxas de complicações e morbimortalidade, mas o que se observa são as melhoras em pacientes com doença do neurônio motor e portadores de acidente vascular cerebral (AVC) que apresentaram diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida, quando submetidos à GEP (MINICUCCI et al., 2005).

4.4.2 Gastrostomia por laparoscopia

Conforme relata Sánchez (2008) a gastrostomia cirúrgica realizada por meio de cirurgia laparoscópica, exige anestesia geral e alguns dias de atraso para começar a administração da dieta, também expõe os pacientes à possibilidade de infecção de ferida operatória, evisceração, maior tempo de internação e outros problemas. Após algum tempo se houver necessidade de troca da sonda é comum devido a custos substituir o modelo apropriado de sonda de gastrostomia por cateteres urinários tipo Foley, completamente inadequados para as tarefas a serem realizadas.

Afirmam Zorrón et al. (2005) que devido possíveis complicações, a gastrostomia por laparotomia ultimamente vem perdendo espaço para técnicas guiadas por imagem minimamente invasiva, a gastrostomia realizada por meio de endoscopia e radiologia.

4.4.3 Gastrostomia por técnica radiológica

Esta gastrostomia é realizada através de orientação radiográfica quando por algum motivo não se pode ou não consegue passar o endoscópio pelo esôfago do

paciente, então se usa a técnica radiológica para visualizar através da parede abdominal (SMELTZER et al., 2008).

A inovação da técnica radiológica tem sido desenvolvida por radiologistas intervencionistas e necessita de anestesia geral. O procedimento começa com a insuflação do estômago usando uma sonda, já com o estômago distendido pode se visualizar as paredes do estômago radiologicamente, logo é definindo o local da incisão para colocação da sonda de gastrostomia. Na superfície do estômago é introduzido um trocar, onde através do mesmo se traspõe um fio-guia até a luz do estômago com o objetivo de facilitar a colocação de um cateter na luz do órgão e para finalizar é realizada a fixação da gastrostomia (SÁNCHEZ, 2008).

5 ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AO PACIENTE GASTROSTOMIZADO

Opinam Petroianu et al. (2008) que o procedimento de colocação da gastrostomia não apresenta contra indicações quanto a idade, podendo ser utilizada tanto em adultos quanto em crianças independente de sexo ou classe social, desde que necessite de atenção nutricional. Quando há impossibilidade da alimentação por via oral ou quando a sonda nasogástrica é mal tolerada ou contra indicada o recurso utilizado é a gastrostomia.

Descrevem Llach et al. (2005) os pacientes que terão indicação à gastrostomia citando aqueles com doenças neurológicas, doenças neoplásicas ou em estado grave em que a recuperação esteja comprometida devido dificuldades de ingestão oral, como no caso de queimaduras graves, síndrome da fibrose cística do intestino curto, indicada também em pacientes submetidos à tratamento paliativo que apresentem disfagia e que sejam considerados sobrevivência a longo prazo; além da utilização nos pacientes em tratamento de volvo gástrico e intestinal.

Contudo Barbosa e Freitas (2005) estudaram as reações dos pacientes que se depararam com a necessidade do uso de sondas para se alimentar e três aspectos foram identificados nos discursos dos entrevistados, a primeira característica absorvida das entrevistas foi o sentimento de aproximação da morte que os pacientes em uso de sonda sentiam. A segunda observação descrita pelos autores foi o medo sentido em relação à terapia utilizada e por fim concluirão a aceitação do uso de sondas por aqueles que demonstravam o consentimento devido à vontade de querer viver.

A colocação da sonda de gastrostomia altera a imagem corporal do paciente o que gera vários sentimentos, levando a desconforto, ansiedade devido à nova situação e o medo da rejeição frente às próprias limitações. Para amenizar o medo do desconhecido a equipe multidisciplinar deve orientar o paciente sobre os novos hábitos e materiais disponíveis para tornar mais fácil a aceitação e a qualidade de vida do paciente gastrostomizado (PERISSE, 2007).

Referem Llach et al. (2005) que os pacientes gastrostomizados, os familiares e cuidadores necessitam de acompanhamento psicológico. Outra preocupação é com

as orientações dos cuidados diários, lavagem da região periestomal utilizando água e sabão, necessidade de clampar a sonda após a administração de dieta, além da importância de verificar se a sonda esta bem próxima a pele para evitar vazamentos e conseqüentemente lesões periestomal.

Periodicamente o procedimento deve ser revisto para avaliar o estoma, na intenção de verificar a presença de sinais de inflamação que no caso fará necessário o uso de antibióticos e de extrema higiene, outro aspecto é determinar o momento da substituição da sonda que será decidida pelo médico.

Para a higienização do estoma será necessário solução fisiológica a 0,9% (SF 0,9%) gazes simples, luvas de procedimento, sabão neutro e toalha. Explique o procedimento ao paciente, lave as mãos com sabão neutro, calce luvas de procedimento, avalie sangramento ou saída de secreção gástrica pelo periestoma da gastrostomia, limpe o estoma com jato de SF 0,9% e sabão neutro, utilizando a gaze realize movimentos circulares levemente, enxágue novamente com a SF 0,9%, seque a região periestomal e pele ao redor com gazes, proteja a pele com duas gazes secas e estéreis dobradas ao meio e posicionadas abaixo da conexão da gastrostomia, para finalizar fixe com adesivo microporoso a extensão da sonda, realize a troca do curativo duas vezes ao dia ou quando necessário.

O plano de assistência de enfermagem é de fundamental importância no processo de cuidados que contribuirão na qualidade de vida do paciente gastrostomizado, pois a gastrostomia se trata de um procedimento cirúrgico que envolve etapas da manutenção da saúde e prevenções de complicações (PERISSÉ, 2007).

5.1 Assistência de enfermagem no pré-operatório

A fase pré-operatória aborda o momento em que decidiram a respeito da colocação da gastrostomia, até a incisão cirúrgica, nesta fase é de responsabilidade do enfermeiro realizar o acolhimento tranquilizando e explicando o procedimento ao paciente e familiares, na sequência durante a consulta de enfermagem realizar as anotações do exame físico, sinais vitais, conferir o histórico de enfermagem com as

doenças atuais e pregressas, além de reunir e encaminhar ao bloco cirúrgico todos os exames feitos durante a internação.

Segundo Smeltzer et al. (2008) no pré-operatório um foco a ser observado no histórico do paciente é qualificar a compreensão e a disposição para lidar com a prática cirúrgica que irá ocorrer brevemente. A enfermeira deverá ter como enfoque a avaliação de dificuldades do ajuste a nova imagem corporal além de delimitar a capacidade do paciente de participar de atividades de autocuidado juntamente com a família.

Alguns exames são necessários no pré-operatório, em todos os casos se utiliza a endoscopia digestiva alta e em algumas situações particulares pode ser necessário o uso da tomografia computadorizada abdominal para verificar se gastrostomia pode ser realizada, outra questão é observar se o paciente está em uso de anticoagulante ou antiagregante plaquetário e avaliar suspensão da medicação por um tempo, no intuito de evitar intercorrências como, hemorragia (YOKOHAMA et al., 2009).

Ainda de acordo com Smeltzer et al. (2008) no pré-operatório o paciente deverá ser informado sobre o procedimento cirúrgico, como será a recuperação pós-operatória esperada, qual a finalidade do procedimento, explicar ao paciente e familiar que o objetivo da gastrostomia é desviar da boca e esôfago os alimentos que agora serão passados diretamente no estômago, através de um tubo de borracha ou silicone e explicar o motivo que levou o médico a esta escolha. Fará parte das ações de enfermagem nesta etapa informar ao paciente a possibilidade de a gastrostomia ser permanente ou provisória, avaliar a pele e os possíveis distúrbios de cicatrização devido às doenças como o diabetes.

A atenção sistematizada ao paciente que irá se submeter ao procedimento cirúrgico de gastrostomia é essencial, abordando ações educativas e apoio psicoemocional. Orientar o paciente e a família em todas as dúvidas que tiverem, observar se o procedimento foi bem aceito, incentivar o paciente a realizar o autocuidado quando possível, estes passos serão aliados na recuperação. Avalie o grau de entendimento dos cuidadores do paciente gastrostomizado e durante os procedimentos explique cada passo, isto será a educação continuada para os cuidados domiciliares.

Também é recomendado no pré-operatório o uso de dose única de cefalotina ou cefazolina imediatamente antes do procedimento, além de certificar o jejum de 6

a 8 horas necessário ao paciente antes da realização da gastrostomia (PETROIANU et al., 2008).

5.2 Assistência de enfermagem no intra-operatório

Segundo Meireles et al. (2010) a função do enfermeiro no centro cirúrgico é atestar a segurança do ambiente operatório, a montagem das salas cirúrgicas e previsão de materiais, acompanhar o transporte do paciente da maca para mesa cirúrgica, respeitar sua privacidade, segurança física e emocional. O posicionamento para a gastrostomia deve ser em decúbito dorsal e durante todo o procedimento ele deve ser monitorado devido aos efeitos anestésicos.

O estudo de Nappi (2009) aborda as intercorrências e complicações avaliadas no intra-operatório como: hemorragia, hematoma de parede, deslocamento gástrico, perfuração de outros órgãos, alterações respiratórias, cardíacas, cerebrovasculares ou óbito.

Para a realização da PEG usa-se o método de sedação utilizando substâncias opióides, cabe a enfermagem monitorar o paciente cuidadosamente observando os movimentos respiratórios e os níveis de saturação, pois neste tipo de sedação quando se trata de pacientes muito debilitados o risco de hipóxia é grande e a atenção redobrada do profissional enfermeiro auxilia na prevenção ou solução de algumas complicações citadas acima.

5.3 Assistência de enfermagem no pós-operatório

No pós-operatório os pacientes devem ficar em observação por três horas após o procedimento, algumas recomendações são passadas aos pacientes e familiares dentre elas repouso por cinco dias, higienizar a gastrostomia duas vezes ao dia ou mais e quando necessário, evitar tração da sonda e retornar imediatamente em caso de perda da sonda ou qualquer sinal de infecção. A dieta deve ser iniciada em casa ou quatro horas após o procedimento. É recomendado o

retorno ao médico mensalmente caso não haja intercorrências, em caso de perda, obstrução da sonda, vazamento ou hiperemia no local da gastrostomia o paciente deverá retornar ao médico o mais brevemente (MELLO et al., 2009).

Contudo Smeltzer et al. (2008) salientam a avaliação da necessidade de líquidos e nutrientes que este paciente precisará para uma ingesta adequada. Outro ponto mencionado é que o enfermeiro deve realizar uma manutenção adequada inspecionando a sonda e a incisão em busca de sinais de infecção, ainda é função do enfermeiro nesta etapa avaliar a resposta do paciente em relação à mudança corporal, sua compreensão e aceitação dos novos métodos alimentares e desenvolver ações educativas para incentivar o autocuidado.

É de extrema importância que o enfermeiro atue de forma educativa para o paciente e seu cuidador familiarizar com as condutas frente à gastrostomia, além de adaptar e encarar de uma forma mais tranquila a nova forma de se alimentar.

5.4 Tipos de formulações de alimentação enteral

Quanto ao modo de preparo a dieta enteral pode ser classificada como industrializada ou não-industrializada, as preparações não-industrializadas referem-se as dietas preparadas à base de alimentos em seu estado natural, que serão empregados como fonte de nutrientes como exemplo: leite, ovos, carnes, frango, verduras, legumes, frutas e cereais; este tipo de dieta para se tornar nutricionalmente completas requerem ser suplementadas com vitaminas e sais minerais, estes macronutrientes podem ser liquidificados e infundidos quando o paciente possui o trato gastrintestinal com capacidade de digestão e absorção normais (WATZBERG et al., 2006).

Cabe ressaltar que pacientes tratados com dietas não industrializadas devem ter algumas precauções para não obstruir a sonda com concentrações pastosas e com partículas grandes, com atenção para não contaminar a dieta que será preparada manualmente e periodicamente de acordo com a necessidade proposta pela equipe multidisciplinar realizar exames para verificar possíveis carências de vitaminas e minerais necessárias ao organismo por se tratar de uma dieta de composição estimada. Necessitando assim, de uma equipe multiprofissional.

As dietas podem ser qualificadas quanto à complexidade dos nutrientes sendo divididas em soluções de polímeros, monômeros e oligoméricas; classificadas quanto à necessidade de nutrientes metabólicos específicos: fibra, ácido graxo, lactose e quanto ao grau de especialização como dieta especializada em insuficiência renal, diabetes mellitus e outras (SILVA et al., 2006).

Para Cunha e Cunha (2003) as dietas enterais poliméricas são industrializadas e podem estar na forma de pó ou líquida, constituída na maioria das vezes por macromoléculas compostas por polissacarídeos, triglicérides e polipeptídeos, é considerada balanceada e completa por apresentar densidade calórica apropriada, distribuição harmônica entre os macronutrientes e conter vitaminas e minerais na proporção adequada. Há atualmente no mercado uma ampla variedade de soluções comerciais poliméricas.

Descreve Shike (2003) as características das soluções monoméricas, elas exigem menos trabalho digestivo que as soluções poliméricas, pois os componentes encontram-se parcialmente hidrolisados como aminoácidos livres, contêm também minerais e vitaminas necessárias as recomendações diárias e são isentas de lactose e fibra, apresentam alta osmolaridade fazendo alguns profissionais da área acreditar ser uma dieta adequada para pacientes com digestão prejudicada, porém experiências clínicas para demonstrar essa vantagem não foram convenientes, pois devido a alta osmolaridade a solução tende a mudar a direção da água livre para dentro da luz intestinal, o que poderia estimular o aumento do peristaltismo e diarreia.

No entanto Maia et al. (2006) dizem que as dietas oligoméricas apresentam em sua constituição a estrutura um pouco mais complexa que as dietas monoméricas pois elas exigem mais trabalho digestivo dos carboidratos e gorduras, porém as vantagens são quase as mesmas. Contêm na estrutura oligopeptídeos, aminoácidos, dissacarídeo, oligossacarídeos e variáveis quantidades de triglicerídeo.

Para uma melhor compreensão da estrutura das dietas enterais é importante o conhecimento sobre as biomoléculas e seus diferentes graus de complexidade, associações, hidrólise e nomenclaturas das moléculas, além de entender o grau de osmolaridade, que é a concentração de partículas livres em uma solução, assim prever e resolver as possíveis reações fisiológicas resultantes após a administração

da nutrição enteral, pois uma dieta de osmolaridade elevada pode contribuir para náuseas, vômitos e diarreia.

São aliadas à TNE as dietas especializadas que contêm em suas fórmulas componentes específicos para o tratamento de determinadas doenças, o que em geral não é possível com dietas artesanais, utiliza-se os nutrientes mais adequados a cada caso particular como, por exemplo, redução de carboidratos em dietas destinadas à pacientes com diabetes mellitus, dietas especiais para pacientes que sofrem de insuficiência cardíaca, renal ou hepática (CUNHA; CUNHA, 2003).

5.5 Recomendações na administração de alimentos e medicação

Dizem Dreyer et al. (2004) que a dieta pode ser administrada através de seringa ou equipo, seguindo orientação do nutricionista, enfermeiro ou médico. Na administração utilizando a seringa deve-se confirmar o posicionamento da sonda, separar uma seringa de 20 ml ou maior, um frasco com a quantidade de dieta a ser administrada e água filtrada em temperatura ambiente, complete a seringa com a dieta, abra a sonda e conecte a seringa, injete lentamente. Ao fim da administração para limpar a sonda internamente injete 20 ml de água, tampe a sonda. Lave com água, sabão neutro e passe água fervente nos utensílios utilizados, a seringa deve ser guardada após a limpeza num recipiente fechado, dentro da geladeira. Já na administração com o equipo o que difere é a necessidade de um equipo e um suporte de soro para posicionar o frasco aproximadamente 30 cm acima da cabeça, o gotejamento da dieta deverá gotejar em média 60 a 90 gotas por minuto.

Segundo Waitzberg et al. (2006) devem fazer parte dos cuidados de enfermagem ao iniciar administração de dieta enteral, verificar e anotar o tipo de dieta, volume, periodicidade prescrita e infundida além de hidratar o paciente de acordo com a prescrição ou necessidade.

Outro cuidado é manter a cabeceira da cama elevada aproximadamente 30°, meia hora após a administração da dieta com o objetivo de facilitar a digestão e prevenir que o paciente aspire conteúdo gástrico (PERISSÉ, 2007).

É comum o retorno ao hospital devido broncoaspiração que é entrada de substâncias estranhas nas vias aéreas inferiores. Pode ocasionar diversos tipos de

pneumonia, dependendo da natureza e quantidade do aspirado. Normalmente as etapas da deglutição servem de barreira contra a broncoaspiração quando a epiglote se fecha na passagem do alimento, mas se o paciente for alimentado deitado estas barreiras não serão suficientes para evitar a aspiração.

De acordo com Dreyer et al. (2004) um fato importante é não se esquecer de nenhum horário das dietas, caso isto ocorra não tente compensar a dieta perdida, dobrando o volume da próxima, isto poderá causar mal-estar gástrico ou diarreia, o que pode ser feito é administrar a dieta no final do dia, mantendo o mesmo espaço de tempo entre uma e outra infusão.

A administração de medicamentos na sonda de alimentação enteral pode causar alguns problemas devido à incompatibilidade de medicações líquidas com fórmulas de alimentação enteral, estas reações podem surtir alguns efeitos, granulação ou formação de gel, resultando em obstrução da sonda (ZANETA et al., 2005).

Por estas razões Silva et al. (2006) orientam evitar uma mistura direta entre medicamento e dieta, é indicado administrar as drogas separadamente e lavar a sonda a cada medicação com 02 a 05 mililitro (ml) de água e se tratando de dieta enteral intermitente ajustar a medicações antes ou após às dietas.

5.6 Ações educativas da equipe multidisciplinar para a saúde do paciente gastrostomizado e da família.

Para Waitzberg et al. (2006) é função do enfermeiro orientar o paciente e a família quanto a terapêutica escolhida, tipo de sonda utilizada, tempo de permanência, tipo de solução e formas de infusão, higienização e conservação da sonda, controle de sinais vitais, eliminações e posição no leito. Este processo educativo deve ser realizado visando o bem estar da família e do paciente, isto contribuirá para a eficácia do tratamento, o engajamento do paciente e da família facilitará a continuidade do tratamento a domicílio.

Menciona Perissé (2007) as orientações que o enfermeiro deve prestar à família e ao paciente, incluindo checagem de resíduo gástrico antes da alimentação, necessidade de lavar o cateter para evitar resíduos que podem se decompor,

ensinar que todos os alimentos administrados devem estar em temperatura ambiente ou próximo a temperatura corporal, orientar a família a procurar o médico ou nutricionista periodicamente ou sempre que achar necessário ajustar as necessidades nutricionais.

5.7 Prevenções de complicações com a sonda de gastrostomia

A sonda de gastrostomia pode ser fixada com fita adesiva hipoalérgica para evitar trações e deslocamentos acidentais. Em casos de deslocamento ou vazamento de conteúdo gástrico ao redor da sonda ou dor no momento da administração da dieta deve-se interromper a infusão e procurar o médico responsável ou a equipe que acompanha o paciente gastrostomizado. Para evitar obstrução da sonda é preciso injetar 40 ml de água filtrada, fervida e em temperatura ambiente, antes e após a administração da dieta ou de medicamento, caso a sonda já esteja obstruída, injete lentamente 20 ml de água filtrada, fervida e morna ou refrigerante tipo cola, cuidado para não romper a sonda com a pressão exercida ao injetar água muito forte (DREYER et al., 2004).

Porém na literatura observa-se uma variável na quantidade de ml de água indicada para ser infundido antes e após as refeições por esta razão é indispensável à avaliação individual do paciente gastrostomizado em questão e a opinião da equipe multidisciplinar será a melhor escolha a ser seguida.

A gastrostomia exige cuidados diários que envolvem higienização da região periestomal com água e sabão, monitoramento do estoma periodicamente para avaliar possível crescimento excessivo de tecido de granulação com sinais inflamatórios, detectado por endurecimento e vermelhidão da área periestomal, essas alterações inflamatórias são geralmente associados com infecção o que pode necessitar de antibióticos e de extrema higiene; outro aspecto a avaliar é a extremidade visível do conector externo do botton, para decidir o momento da substituição, apesar de que a frequência desse controle não está bem estabelecida, no geral tende a verificar o estado da ferida e a opinião da equipe multidisciplinar (LLACH et al., 2005).

5.8 Instruções no preparo da dieta

Em pacientes hospitalizados a dieta deve ser preparada preferencialmente pelo serviço de nutrição e dietética, pois deve haver rigor na técnica de preparo no intuito de evitar a contaminação da dieta e para prevenir complicações ao paciente como distúrbios gastrintestinais (WAITZBERG et al., 2006).

Para Dreyer et al. (2004) dietas caseiras devem ser preparar em local limpo, lave bem as mão e todos os ingredientes e materiais a serem utilizados, confira o prazo de validade dos alimentos, lave as embalagens antes de abrí-las e siga as recomendações das dosagens de ingredientes de acordo com a prescrição do nutricionista, se for conservar a dieta coloque-a na geladeira em recipiente tampado, de preferência vidro ou louça e quando for utilizar retirar da geladeira 15 a 30 minutos antes do horário da administração, não aquecer a dieta e utilize em até 24 horas após o seu preparo.

Abordam Milagres et al. (2008) que estudos comprovaram presença de *Salmonella*, *Staphylococcus aureus* e coliformes totais acima dos limites recomendados pela legislação, localizadas em dietas enterais que fizeram parte das pesquisas, o que remete a preocupação em relação ao manuseio e estocagem destas dietas, levando a sugerir medidas de controle higiênico e sanitárias na manipulação, menor tempo de estocagem, sanitização de ambientes e equipamentos a fim de aumentar a segurança alimentar de pacientes que fazem uso de dieta enteral.

6. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR RELACIONADO AO PACIENTE GASTROSTOMIZADO

De acordo com Naves (2010) a nova modalidade de atenção a saúde nomeada como assistência domiciliar surgiu na intenção de aperfeiçoar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do paciente, proporcionando humanização no atendimento, redução do tempo de internação, reospitalização e redução de custos.

Para Egry e Fonseca (2000) a visita domiciliar é bastante utilizado no âmbito da prática de enfermagem em saúde pública, objetivando atenção especial à família, definida como sendo parte de um conjunto que compreende técnicas, procedimentos e saberes da enfermagem em saúde coletiva, com o objetivo de intervir no processo saúde-doença familiar, aplicada no local de moradia.

Menciona Perissé (2007) que a visita domiciliar neste contexto tem o propósito de realizar a avaliação e diagnóstico do estado de saúde do paciente gastrostomizado, além de identificar as dúvidas do familiar em relação aos cuidados necessários ao paciente gastrostomizado; o enfermeiro deverá conhecer o contexto domiciliar que se encontra o paciente para conseguir suprir as necessidades de conhecimento do cuidador, esta etapa será de grande importância para estabelecer em parceria com o cuidador um plano de assistência adequando as necessidades com a condição socioeconômica da família. Na visita domiciliar o enfermeiro deverá supervisionar e avaliar a resposta dos cuidados ensinados e prestados ao paciente.

O paciente gastrostomizado na maioria das vezes realiza o procedimento cirúrgico de colocação da sonda e após alguns dias recebe alta, os cuidados posteriores serão realizados em seu domicílio, são de grande valor as orientações de enfermagem no contexto domiciliar visto que as dúvidas sobre a assistência a esse paciente permanecem mesmo depois das orientações concedidas na alta hospitalar, necessitando assim, que o enfermeiro realize visitas domiciliares e promova ações educativas para auxiliar o bem estar do paciente e familiares.

6.1 Características do cuidador: os realizadores da atenção domiciliar

De acordo com Brasil (2008) a profissão de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações sob o código 5162, que estabelece que cuidador é quem cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar físico, biológico e psicológico da pessoa assistida, ajudando a pessoa somente nas atividades que ela não consiga realizar sozinha; cuidado significa ainda atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade, é oferecer ao outro seus talentos adquiridos e competência, é também enxergar a pessoa na sua totalidade, seus gestos e falas, suas dores e limitações, para que se possa prestar o cuidado de forma individualizada, abrangendo o sofrimento físico e questões emocionais da pessoa a ser cuidada.

Abordam Souza et al. (2009) o mérito da família para a garantia de sobrevivência, desenvolvimento e proteção integral de seus membros, pois torna favorável o aporte afetivo e material aos seus componentes; ela partilha com o paciente portador de estomia seu cotidiano, seus medos e necessidades, trazendo assim motivação para que este paciente desenvolva habilidades e competências para seu autocuidado.

A equipe de saúde deve estabelecer uma ligação com todos os membros da família e cuidador, quanto mais próximo do ambiente domiciliar mais fácil serão a identificação e correção das dificuldades individuais apresentadas pelos cuidadores (NAKATANI et al., 2003).

A insegurança é um fator inicial que afeta muitos cuidadores e fazem com que questionem suas capacidades; nesse caso a família necessitará de apoio psicológico para se potencializar como cuidador, ao sentir a dor física sofrida pelo paciente o familiar sentirá dores psicológicas que deverão ser trabalhadas (SOUZA et al., 2009).

De acordo com Laham (2003) o cuidador domiciliar pode ser alguém próximo ou um familiar, esta pessoa receberá o nome de cuidador informal, relata a autora que são poucos os cuidadores que não apresentam nenhum parentesco com o paciente cerca de menos de 3%. Quem se encontra na maioria das vezes como cuidador são as esposas e em segundo lugar a filha mais velha.

Logo diante desta afirmação supõe que qualquer pessoa, familiar ou cuidador possa prestar cuidados aos pacientes gastrostomizados, desde que não inclua cuidados de responsabilidade técnica invasiva e os demais cuidados sejam instruídos pelo auxílio da equipe de enfermagem.

Há situações onde o familiar opta por contratar um cuidador, normalmente se trata de uma pessoa leiga que exerce funções as quais não dispõe de muito conhecimento ou habilidade referente à necessidade do paciente, é neste momento que a equipe de saúde deve ter sensibilidade para participar do treinamento do cuidador avaliando suas dificuldades, a família deve ser também informada que o ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde se não tiver títulos, logo o cuidador não deve realizar procedimentos técnicos de responsabilidade de profissionais de saúde como injeções, colocação de sondas e outros (BRASIL, 2008).

Expressam Nakatani et al. (2003) a preocupação com a falta de preparo dos cuidadores informais, dão ênfase no problema por se tratar de um assunto de difícil solução a um curto prazo, o autor salienta a importância de conhecer o perfil destas pessoas pois a cada condições sócio, econômico e cultural variadas surge problemas diferentes.

É função da equipe de saúde e do familiar organizar as atividades do cuidador, neste planejamento deve ficar bem exposto todas as atividades que poderão ser desenvolvidas pelo cuidador e as que necessitam de um profissional de saúde. É uma boa técnica anotar as rotinas e os responsáveis por elas, orientar o cuidador e familiar que quando houver sinais e sintomas de perigo o profissional de saúde deve ser chamado (BRASIL, 2008).

A falta de escolaridade pode interferir nos cuidados prestados quando o cuidador necessita seguir dietas, prescrições, manusear medicamentos, ler receitas médicas, entender a dosagem, via de administração e outras orientações, quando existe falta de alfabetização por parte dos cuidadores o risco é eminente, podendo ocorrer até troca de medicação o que trará prejuízos ao paciente; na tentativa de minimizar essa situação é preciso atenção redobrada dos profissionais aos cuidadores com o objetivo de ensiná-los a prevenir possíveis enganos, existindo maneiras de orientar àqueles que não sabem ler (NAKATANI et al., 2003).

As ações de cuidados devem ser planejadas e executadas de acordo com a capacidade do cuidador e a necessidade do paciente, organizando as tarefas a serem realizadas no domicílio valorizando a promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do paciente para prevenir as hospitalizações, os asilamentos e outras formas de segregação (BRASIL, 2008).

6.2 O autocuidado

Abordam Diógenes e Pagliuca (2003) que teoria de enfermagem de Orem desenvolvida pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, baseia-se na premissa que os pacientes podem cuidar de si próprios. Primariamente usada em reabilitação e cuidados primários, onde o paciente é encorajado a ser independente o máximo possível esse modelo baseia-se em que todos os pacientes desejam cuidar de si próprios. Essa teoria é composta por três teorias inter-relacionadas que são os requisitos de autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem.

Autocuidado representa cuidar de si próprio, compreende as atitudes e condutas que a pessoa tem em seu próprio benefício, com o objetivo de promover a saúde e preservar a vida. Neste sentido o cuidar do outro representa a prática da cidadania, da doação, do amor e o autocuidado representa a essência da existência humana. Um paciente com limitações, mesmo tendo ao alcance ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível. O bom cuidador avalia as condições e ajuda a pessoa a realizar atividades para seu próprio cuidado, auxiliando a conquistar sua autonomia (BRASIL, 2008).

Na teoria de Orem as condições necessárias para o autocuidado por desvio de saúde englobam a busca por assistência médica adequada, consciência dos resultados da situação patológica, aceitar e realizar as medidas prescritas pelo médico e conscientizar sobre os efeitos desagradáveis resultantes dessas medidas, além de compreender e modificar o autoconceito e autoimagem na aceitação de si, neste estado específico de saúde interessar-se por medidas de diagnósticos e tratamento buscando uma melhor qualidade de vida (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Conforme diz Brasil (2003) a capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família (ESF) e o estímulo de responsabilidade e construção do autocuidado dedicado as famílias tem sido de grande relevância para as profundas transformações do SUS, no que diz respeito à assistência básica, devido à promoção no papel da cidadania, da liberdade e da autonomia dos usuários. Uma das questões responsáveis por este diferencial é o processo de aprendizagem, pois aprender significa apresentar uma nova faceta da realidade.

Podem surgir alguns contratempos entre o paciente e o cuidador ou familiar, sentimentos expressados pelo paciente que precisam ser entendidos e aceitos pelo cuidador como momentos de raiva, culpa, medo e angústias, esses sentimentos devem ser trabalhados da melhor maneira possível para não prejudicar o tratamento e facilitar o convívio entre o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada, todos devem entrar em acordo de modo a garantir certa independência a quem cuida como para quem é cuidado, para isso o cuidador e a família precisam de conhecimento sobre quais atividades a pessoa cuidada pode realizar e quais decisões ela pode tomar sem prejudicar os cuidados, incentivar o paciente a cuidar de si e de suas coisas é a solução para uma melhor relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família (BRASIL, 2008).

Cabe ressaltar também dentro das teorias de Orem a teoria do déficit de autocuidado onde o paciente se acha limitado para o autocuidado contínuo e eficaz, necessitando de ajuda da enfermagem, a teoria de Orem identifica cinco métodos de ajuda, agir ou fazer para o outro, guiar o paciente, dar apoio físico ou psicológico, proporcionar um ambiente adequado para o desenvolvimento pessoal e ações de ensino para serem utilizadas quando o paciente se tornar capaz de realizar atividades futuras (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

É função do enfermeiro avaliar a situação em que se encontra o paciente para organizar as orientações de cuidados cabíveis, ele deve realizar a consulta de enfermagem, o exame físico, o diagnóstico de enfermagem e para a prescrição de enfermagem é fundamental avaliar que ações serão mais benéficas ao paciente, por exemplo, se este é capaz de realizar algum autocuidado, ou se trata de um paciente totalmente dependente.

A terceira teoria de Orem sobre o sistema de enfermagem se divide em: sistema totalmente compensatório quando o paciente é totalmente dependente do enfermeiro, sistema parcialmente compensatório quando enfermeiro e paciente

participam juntos de ações de cuidados e sistema de apoio educacional quando o paciente necessita de ensinamentos por parte da enfermagem, que poderá acontecer em reuniões de grupos e treinamentos com familiares de pacientes. A teoria do autocuidado permite que o enfermeiro juntamente com o paciente e familiar programe ações de autocuidado adaptadas de acordo com as prioridades da pessoa a ser cuidada utilizando o diálogo aberto e o incentivo para que o paciente exponha seus sentimentos (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

6.3 A dependência total

Segundo Souza (2009) é inúmero os desafios que as famílias enfrentam quando seus membros retornam da hospitalização, eventualmente, poderão apresentar necessidades especiais para a readaptação e a reorganização. A pessoa portadora de estomia, às vezes passa por um longo período de adoecimento antes da cirurgia e pode apresentar grande vulnerabilidade física, tornando-se totalmente dependente dos cuidados de seus familiares.

Uma forma de avaliar a condição de dependência do paciente pode ser através da pesquisa da medida de independência funcional (MIF), para designar a carga de cuidados exigidos a cada paciente.

Entre as atividades avaliadas estão o autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. A forma de pontuação é a seguinte para cada uma dessas atividades há uma pontuação que qualifica a dependência, assim a pontuação total varia de 18 a 126, quanto maior a dependência menor será a pontuação no MIF (LINACRE et al., 1994; apud RIBERTO et al., 2004).

6.4 Importância familiar no cuidado do paciente gastrostomizado

Afirma Perissé (2007) que independente de se tratar de uma família unida ou fragmentada, se apresenta realmente parentesco ou não, quanto mais próximas

estas pessoas descritas como familiares estiverem do paciente acompanhando o tratamento melhor será a recuperação deste indivíduo.

A família e o cuidador não devem tratar o paciente como crianças, o respeito nunca deve ser deixado de lado, sequer seus direitos de saber o que está acontecendo ao seu redor. Para isso a família deve estar presente na vida da pessoa a ser cuidada, valorizando suas falas e sentimentos. Deve-se ter cautela ao conversar próximo ao paciente não discutir em sua presença fatos relacionados com ela, agindo como se ela não entendesse, não existisse ou não estivesse presente. Isso vale tanto para o cuidador e a família como para os amigos e profissionais de saúde. Encorajar o riso e o bom humor é uma boa maneira de contornar confusões e mal entendidos (BRASIL, 2008).

O atendimento domiciliar deve favorecer a troca de conhecimentos e procedimentos respeitando as realidades socioeconômicas, culturais e sanitárias do paciente, o diferencial desta forma de trabalho esta contida no conceito de humanidade que promove a interação do processo de cuidar na família, enfatizado que de forma alguma a família possa estar de fora deste processo, já que ela é a raiz do paciente (PERISSÉ, 2007).

Menciona Brasil (2008) que o motivo da responsabilidade máxima ser atribuída à família é o fato de haver poucas instituições sociais de amparo para pessoas que necessitam de cuidados, a doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que passa a ter novas funções e essas mudanças às vezes podem gerar insegurança e desentendimentos, por isso é importante que a equipe multidisciplinar de saúde elabore ações para a família e para o cuidador sobre as tarefas que deveram abranger o cuidado domiciliar.

Para Laham (2003) a equipe de enfermagem deve orientar a família a se organizar e realizar uma divisão do trabalho, para que o cuidador não fique sobrecarregado no intuito de evitar que as atividades sejam prejudicadas.

6.5 A assistência de enfermagem domiciliar ao paciente gastrostomizado

Aborda Perissé (2007) que a atuação o enfermeiro para com o familiar e cuidador devem ser coordenados através da educação, sistematizando as

orientações necessárias ao paciente gastrostomizado e seus familiares, valorizando o autocuidado e os cuidados com a sonda, visando prevenções de complicações.

Concorda Laham (2003) que a atitude interdisciplinar é fundamental para fornecer atenção integral à família do paciente e a enfermagem tem um papel importante nesta equipe, por possuir conhecimento em todas as áreas que envolvem o cuidar e habilitação para executar técnicas e procedimentos.

A enfermagem tem função essencial junto à nutrição enteral começando com o auxílio da manutenção, controle da via de escolha da sonda e volume administrado até as reações sucedidas durante o tratamento, para tal é importante que toda equipe de enfermagem esteja habilitada, atualizada e treinada para atuar juntamente com a equipe multidisciplinar e não prestar cuidados direcionados apenas à nutrição enteral, mas atuar de forma integral para se obter um resultado efetivo (WAITZBERG et al., 2006).

Enfatiza Brasil (2009) atenções que devem ser tomadas com a sonda de gastrostomia dentre elas, proteger a pele periestomal realizando higienização diária em volta da gastrostomia com gaze umedecida, a seguir colocar duas vezes gazes dobradas em cada lado da sonda para evitar vazamentos de líquido intra-gástrico na região periestomal, mantendo-as sempre limpas e secas; deve-se ter cuidado também com os alimentos que deverão ser bem triturados e os medicamentos dissolvidos em 20 ml de água para evitar entupimento da sonda, outra ressalva é sempre lembrar de respeitar os horários de medicação e não administrar remédios sem prescrição médica.

O entupimento da sonda de gastrostomia é uma das complicações mais frequentes que leva o retorno do paciente ao hospital, algumas vezes a equipe multiprofissional consegue solucionar o problema desentupindo a sonda e outras vezes é necessário a troca da mesma. Para evitar o entupimento da sonda é preciso atenção ao administrar os alimentos e medicamentos seguindo as orientações acima descritas, após o uso a sonda deve ser lavada com 20 ml de água, mesmo que se trate de medicamento já dissolvido nesta quantidade de líquido.

Para proteção do paciente sempre que for realizar alguma ação o cuidador deve lavar as mãos com água e sabão antes e depois das tarefas, retirar os adornos, anéis, pulseiras e relógios, que podem transmitir doenças ao paciente; dê banhos regulares, mantenha a casa limpa e arejada, principalmente o quarto do paciente, as roupas de cama devem estar limpas, objetos sujos por secreção devem

ser limpos com desinfetante ou água sanitária, chão e móveis fazem parte da limpeza e os panos utilizados na limpeza devem ser tratados do mesmo modo que as roupas sujas de sangue ou secreção lavados separadamente do restante das roupas, utilizando água sanitária para desinfecção (BRASIL, 2009).

Acrescentam Meireles et al. (2010) observações com a sonda de gastrostomia, identificar presença de sinais flogísticos na região periestomal, administrar alimentos em temperatura ambiente, aproximadamente 37°C, manter a sonda sempre fechada para evitar distensão abdominal e sempre que desconectar a sonda dobrá-la, para evitar a entrada de ar.

Ao realizar a administração de alimentos pela sonda em pacientes inconscientes, idosos ou neurológicos eles devem estar em decúbito elevado Fowler 30° a 45°, ou com tacos de 15 cm sob os pés da cabeceira da cama para prevenir acidentes devido à regurgitação e vômitos, com consequente aspiração pulmonar (WAITZBERG et al., 2006).

Relatam Romão et al. (2008) que pode haver extravasamento de suco gástrico e diariamente deve-se avaliar o local de inserção da sonda, esta inspeção poderá ser feita logo após a retirada do curativo, na presença de sinais flogísticos é preciso que a equipe multiprofissional seja avisada para avaliar e realizar as condutas adequadas. Caso o ocorrido não tenha lesionado a pele na região periestomal o que pode ser feito pelo cuidador é tracionar a sonda delicadamente, fazendo com que o balão interno fixe a parede abdominal cessando o derramamento deste. Outra atitude a ser realizada ao paciente gastrostomizado são medidas preventivas para que a sonda não saia acidentalmente. As condutas de fixação ocorrem de acordo com o tipo de cateter inserido, à equipe de enfermagem deverá fornecer orientações à família quanto à conduta de melhor fixação da sonda para prevenir intercorrências.

Se tratando de um paciente que possa deambular a atividade deve ser incentivada, seja a mobilização passiva ou ativa, a movimentação favorece a melhor incorporação protéica e evita distrofias musculares (WAITZBERG et al., 2006).

De acordo com Dreyer et al. (2004) cuidados de higiene em pacientes portadores de sonda devem ser mantidos, a higiene oral, escovação dos dentes, higiene nasal e cuidados com a pele, alerta os autores que a equipe de saúde deve ser informada quando o paciente apresentar diarreia por mais de um dia, constipação por mais de três dias ou náuseas e vômitos persistentes, além de dores

abdominais, febre (mais de 37,5°C), rosto ou pernas edemaciados, perda de peso e sangramento.

Será fundamental verificar sinais de distúrbio metabólico na fase de iniciação da administração de dieta, comum em alguns casos, se necessário o controle da glicemia capilar realize de acordo com a orientação médica. As evacuações devem ser observadas para avaliação da aceitação do método de NE pelo organismo do paciente, verificar e anotar consistência, odor, quantidade e frequência das evacuações, em casos de aumento de frequência a equipe deve ser comunicada no intuito de pesquisar as possíveis causas e correções. As medidas antropométricas devem ser verificadas e anotadas periodicamente, contribuem para a análise da evolução nutricional e readequação alimentar do paciente (WAITZBERG et al., 2006).

São muitos os cuidados de prevenções de complicações que o enfermeiro deve ensinar aos pacientes gastrostomizados e cuidadores. Elaborar uma didática sobre cuidados necessários e enfatizar a importância da higiene será de grande valia para do bem estar do paciente.

Tenha sempre em lugares fáceis o número das unidades de saúde de referência em caso de urgência. O paciente gastrostomizado terá uma boa qualidade de vida e raras complicações se toda equipe multidisciplinar trabalhar junta em seu benefício além promover a integração familiar no auxílio dos cuidados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gastrostomia é um procedimento frequente, considerada um importante instrumento de nutrição, que traz vários benefícios ao paciente que necessita de alimentação enteral por períodos longos.

Porém a colocação da gastrostomia é realizada com a abertura de um estoma na região abdominal e a presença desta ostomia trás consigo várias modificações ao estilo de vida do paciente e familiar.

Para amenizar o medo do desconhecido a equipe multidisciplinar deve orientar o paciente sobre os novos hábitos e materiais disponíveis para tornar mais fácil a aceitação e a qualidade de vida do paciente gastrostomizado.

Dentre os materiais disponíveis o enfermeiro deverá conhecer e demonstrar ao paciente e familiar as tipos de sondas e as opções do procedimento cirúrgico, para facilitar a compreensão e aceitação da gastrostomia proposta pelo médico.

As análises mostradas nesse estudo, realizadas através de levantamento bibliográfico, ressaltam a necessidade do enfermeiro de desenvolver um plano de assistência para auxiliar o paciente gastrostomizado, familiar e cuidador na atenção hospitalar e domiciliar.

O enfermeiro deve estabelecer um contato próximo deste o início de decisão da colocação da sonda, até o momento da alta hospitalar, orientando os familiares, cuidadores e paciente sobre os cuidados futuros necessários com nutrição, com a sonda de gastrostomia e na prevenção de complicação.

Apesar da constatação do papel fundamental da enfermagem, trabalhos científicos pesquisados demonstraram que sua participação após o procedimento de colocação da sonda de gastrostomia é às vezes inexistente, pois o que se evidenciou na maioria das vezes foi apenas às condutas do médico.

Portanto, considerando este estudo e a opinião dos vários autores renomados revistos, foi enfatizada a necessidade de programas de educação continuada e de qualificação profissional visando atualizar o conhecimento dos profissionais de enfermagem para que possam orientar de maneira adequada os cuidados necessários aos pacientes gastrostomizados, à família e cuidadores destes pacientes.

Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento das práticas dos profissionais, além do acréscimo de informações que podem ser usadas no ensino de enfermagem e nos programas de extensão com a comunidade.

REFERÊNCIAS

AANHOLT, D. P. J. V. et al. Terapia nutricional domiciliar. In: WAITZBERG, D. L. **Dieta, Nutrição e Câncer**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.63, p. 563-572.

BARBOSA, J. A. G.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 235-242, mar./abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. Formação 101 pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. **Educação, trabalho e profissão**. 2. ed. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cuide bem do seu paciente**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. 1. ed. Brasília, DF, 2008.

BERNARDES, L. F. M. **Avaliação clínica do íleo pós-operatório após nutrição enteral precoce em cirurgias do trato digestório alto**. 2006. 87f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006. Disponível em: <http://www.btd.ufr.br/tde_arquivos/7/TDE-2006-11-30T134623Z-403/Publico/LFMBernardesDISSPRT.pdf>. Acesso em: 01 set. 2011.

CIOSAK, S. I. et al. Terapia nutricional no câncer cuidados de enfermagem. In: WAITZBERG, D. L. **Dieta, Nutrição e Câncer**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.62, p. 554-562.

CUNHA, S. F. C.; CUNHA, D. F. Suporte nutricional. In: OLIVEIRA, J. E. D.; MARCHINI, J. S. **Ciências nutricionais**. 1. ed. São Paulo: editora Sarvier, 2003. Cap. 18, p. 289-301.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 24, p. 286-293, dez. 2003. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4458/2399>>. Acesso em: 18 set. 2011.

DREYER, E et al. Grupo de apoio Nutricional HC-Unicamp. **Universidade Estadual de Campinas**. out. 2004. Disponível em: <http://pdf-esmanual.com/books/19367/o_e_n_t_e_r_a_l.html>. Acesso em: 22 ago. 2011.

EGRY, E. Y. ; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-9, set. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n3/v34n3a02.pdf>>. Acesso em 18 set. 2011.y

FRAILE, D. et al. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. **Medifam**. Cáceres, v. 13, n. 1, p. 20-26, jan. 2003. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n1/colabora.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2011.

GARÓFOLO, A. et al. Resultados da implantação de um algoritmo para terapia nutricional enteral em crianças e adolescentes com câncer. **Revista de Nutrição**. São Paulo, v. 23, n. 5, p.715-729, set./out. 2010.

LAHAM, C. F. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. 2003. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. 2003. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/.../claudiaFernandesLaham.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

LLACH, J. et al. Gastrostomía endoscópica: indicaciones, técnica y cuidados. **Ciencia, Tecnología y Medicina**. Espanha: [s.n.], 2005, jan. / abr. v. LXVI, n. 1.562, p. 50-52. Disponível em: <<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1562/50/1v68n1562a13074340pdf001.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

Maia, F. J. S. et al. Suporte nutricional. In: VIEIRA, O.M. et al. **Clínica cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos**. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 5, p. 59-70.

MEIRELES, B. S. et al. Manual de Procedimentos do curso de Enfermagem: Atenção terciária. FUNCESP/FISA. 1ªed. Faculdade Itabirana de Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.funcesi.br/Portals/1/MANUAL_PROC_ENF_AT_SEC.pdf>. Acesso em 22 ago. 2011.

MELO, G. et al. Gastrostomia endoscópica percutânea ambulatorial em pacientes com de cancer de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. [S.l.]: v.38, n.2, p. 93-97, abr. / jun. 2009. Disponível em: <<http://sbccps.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/316/288>>. Acesso em: 01 mar. 2011.

MILAGRES, R. et al. Qualidade microbiológica de dieta enteral em ambiente hospitalar. **Rev. Higiene alimentar**. [S.l.]: v. 22, n. 161, p. 107- 111, maio, 2008.

MINICUCCI, M. et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 554-558, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n4/25852.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2011.

NAPPI, J. H. G. **Modificação de dispositivo para gastrostomia endoscópica percutânea pela técnica de punção**: utilização em pacientes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço. 2009. 145f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5154/tde-12032010-51918/fr.php>>. Acesso em: 26 jun. 2011.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 15-20, ago. 2003. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em 18 set. 2011.

NAVES, L. K. **Avaliação da intubação gástrica dos usuários em programa de atendimento domiciliar em um hospital universitário**. 2010. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: : <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/.../ME_LarissaKozloffNaves.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.

PERISSÉ, V. L. C. **O enfermeiro no cuidar e ensinar à família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar**. 2007. 147f. Dissertação (Mestrado em enfermagem assistencial) – Escola de enfermagem Aurora de Afonso da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: <http://www.btdtd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2429>. Acesso em: 10 ago. 2011.

PETROIANU, Andy et al. **BLACK BOOK**. 1ed. Belo Horizonte: Black Book, 2008. p.418- 424.

RIBERTO et al. **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional**. Acta Fisiatr, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, ago. 2004. Disponível em: <http://actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/1F0E3DAD99908345F7439F8FFABDFFC4/acta_vol_11_num_02_72-76.pdf>. Acesso em: 11 set. 2011.

ROMÃO, C. et al. Pacientes Gastrostomizados: Enfrentamento dos cuidados no domicílio. **REEUNI – Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**. Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 18- 34, maio/ ago. 2008. Disponível em: <http://www.unieuro.edu.br/downloads_2005/reeuni_02_003.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2011.

SÁNCHEZ, C. Alimentacion asistida a largo plazo consideraciones medicas, sociales y economicas. **Rev. Argent. Resid. Cir.** [S.L.], v. 13, n. 1, p. 18-23, jul. 2008. Disponível em :<<http://www.residentesdecirugia.org.ar/files/alimentacion.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

SEVERINE, A. N.; PIOVACARI, S. M. F. Segurança alimentar: lactário, dietas enterais e banco de leite humano. **Nutrição profissional**. São Paulo, v. 2, n. 7, p. 32-38, maio/ jun. 2006.

SHIKE, M . Alimentação enteral. In: SHILS, M. E. et al. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. Tradução de Nelson Gomes de Oliveira. 9. ed. Barueri: Manole, v. 2, 2003. Cap. 100 p. 1761-1773.

SILVA, M. L. T. et al. **Indicações e implementação da terapia nutricional enteral no câncer**. In: WAITZBERG, D.L. Dieta, Nutrição e Câncer. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.52, p.461-472.

SMELTZER, S. C. et al . Intubação Gastrointestinal e Modalidades Nutricionais. In: _____.(org.). **Tratado de enfermagem médico- cirúrgica**. Tradução de Fernando

Diniz Mundim e José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Cap. 36, p. 991-1014.

SOUZA, J. L. et al. O cuidado à pessoa portadora de estomia: O papel do familiar cuidador. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 550- 555, out./dez. 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a17.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2011.

WAITZBERG, D. L. et al. **Nutrição enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. V. 1.

YOKOHAMA, S. et al. Investigação e predição de problemas de nutrição enteral após gastrostomia endoscópica percutânea. **Mundo J Gastroenterol.**[S.L.], v. 15, n. 11, p. 1367-1372, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658839/?tool=pmcentrez>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

ZANETA, M. et al. Interações entre Alimentos e Drogas. In: MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Tradução de Andréa Favano. 11. ed. São Paulo: Roca. 2005. Cap. 19, p. 437-455.

ZINNER, M. J. ; ASHLEY, S. W. **Endoscopia e intervención endoscópica**. In:_____.(org.). *Maingot operaciones abdominales*. 1. ed. México, D. F. : McGraw-Hill Interamericana, 2008. Cap.3, p.43-44.

ZORRON, Ricardo et al. Gastrostomia de incisão única como alternativa para o procedimento endoscópico. **Rev. Col. Bras. Cir.** [S.l.], v. 32, n. 3, p. 153-56. maio. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v32n3/v32n3a10.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2011.