Iniciação Científica **CESUMAR**
DOI: 10.17765/2176–9192.2025v27e13772 *e*–ISSN: 2176–9192

Cuidados domiciliares com gastrostomia: uma revisão narrativa

Home care for patients with gastrostomy: a narrative review

Natália Girardi Alves[1], Taisa Valques Lorencete[2], Lia Yoneka Toda[3], Jani Bolsonello[4], Regiane da Silva Macuch[5], Karina Miura Da Costa[6]

Autor correspondente: Natália Girardi Alves *E-mail: nataliagirardialves@hotmail.com*

RESUMO
O presente artigo trata–se de uma revisão narrativa, cujo objetivo principal é a elaboração de um estudo descritivo sobre os cuidados domiciliares necessários aos pacientes que vivem com gastrostomia. Para melhor ilustrar essa situação foram explicados os tipos de sondas, as complicações mais comuns de acontecerem ao longo deste cuidado, a fim de facilitar a identificação das mesmas e auxiliar os cuidadores e familiares a terem a melhor postura diante de tais condições. A busca de artigos para a revisão narrativa ocorreu em bancos de dados como o PubMed, Scopus, Google *Scholar* e *Web of Science*. Os estudos analisados demonstram a fragilidade da educação em saúde sobre os cuidados pré e pós–cirúrgicos e da compreensão dos responsáveis sobre a importância de ser feita a gastrostomia para aprimorar a qualidade de vida dos pacientes que não conseguem ter o aporte nutricional e hídrico a longo prazo. Além disso, identificou–se dificuldade quanto ao funcionamento dos aparatos utilizados, o que provoca insegurança e ansiedade para a nova realidade no ambiente domiciliar. Nesse contexto, o estudo buscou preencher uma lacuna importante e fornecer um material de qualidade, no formato de cartilha educativa, que abrange as necessidades essenciais para auxiliar os cuidadores e familiares, assim como os profissionais da saúde, que devem estar preparados para responder todas as dúvidas e dificuldades enfrentadas na manutenção do dispositivo pelas famílias de portadores de gastrostomia, conferindo autonomia e segurança no dia a dia desses lares.

Palavras-chave: Alimentação Enteral; Doenças Crônicas; Educação em Saúde; Gastrostomia; Qualidade de Vida.

ABSTRACT
This article is a narrative review with the primary objective of developing a descriptive study on the home care required by patients living with a gastrostomy. To better illustrate this context, the types of gastrostomy tubes are described, along with the most common complications that may arise. This facilitates early identification and provides guidance for caregivers and family members on how to respond appropriately to each situation. The literature search for this narrative review was conducted in databases such as PubMed, Scopus, Google Scholar, and Web of Science. The analyzed studies highlight the fragility of health education regarding both preoperative and postoperative care, as well as the limited understanding among caregivers about the importance of gastrostomy in improving the quality of life for patients who are unable to maintain adequate long–term oral intake of nutrition and hydration. Additionally, the studies identified frequent difficulties in handling the devices, which often generate insecurity and anxiety in adapting to this new reality within the home environment. In this context, the present review seeks to address a significant gap by offering a high–quality educational booklet that provides essential guidance to support caregivers, family members, and healthcare professionals. This resource aims to answer

1 Graduanda em Medicina pelo Centro de Ensino Superior de Maringá (CESUMAR), Brasil.

2 Graduada em Biomedicina com habilitação em Análises Clínicas e Diagnóstico por Imagem pela Unicesumar (2007), especialista em Fisiopatologia Humana (2009) pela UEM, mestre em Promoção à Saúde pela Unicesumar (2013). Acadêmica de Medicina na Unicesumar e pós–graduanda em Neurologia e Saúde Mental na Medicina Funcional Integrativa.

3 Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Maringá (2001), com Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital Regional de Maringá e Residência Médica em Cirurgia Pediátrica pelo Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba.

4 Doutoranda em Promoção da Saúde, Mestre em Gestão do Conhecimento nas Organizações e Pesquisadora, pela CAPES, no Programa de Pós–Graduação Stricto Sensu da Universidade de Maringá – Unicesumar. Graduada em Pedagogia pelo Centro Universitário Claretiano – Cuiabá – MT, com especialização em Psicopedagogia Institucional, Clínica e Educação Infantil pela Faculdade Venda Nova do Imigrante – Faveni/SP.

5 Doutora em Ciências da Educação. Professora na Graduação de Psicologia e no Programa de Pós–Graduação em Promoção da Saúde – Universidade Cesumar.

6 Graduada em Medicina pela UNIOESTE (2009), com residências em Cirurgia Geral (ISCAL, 2013) e Cirurgia Pediátrica (UEL, 2017). Doutora em Ciências pela FMRP–USP (2020). Atua em Cirurgia Pediátrica no Hospital Municipal e Santa Casa de Maringá. Preceptora no internato de Medicina da UniCesumar, pesquisadora e coordenadora de grupo de pesquisa em saúde da criança.tora em Ciências da Educação. Professora na Graduação de Psicologia e no Programa de Pós–Graduação em Promoção da Saúde– Universidade Cesumar.

common questions and help manage challenges related to gastrostomy care, ultimately promoting greater autonomy and safety in the daily lives of those caring for patients with a gastrostomy.

Keywords: Chronic Diseases; Enteral Nutrition; Gastrostomy; Health Education; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico utilizado quando o paciente necessita de suporte nutricional enteral e hídrico de longa duração, necessário para evitar possíveis complicações como a broncoaspiração, engasgos caso a pessoa não realize o procedimento. A cirurgia pode ser realizada por laparoscopia, cirurgia aberta, por via percutânea com orientação endoscópica ou por via percutânea com orientação por radiologia intervencionista (Barry, 2018; Beres, 2009) e consiste em alocar um tubo flexível no estômago através da parede abdominal.

Várias condições são indicativas para a inserção da gastrostomia. As mais comuns são as disfunções alimentares devido a doenças neurodegenerativas, distúrbios genéticos, doenças que causam disfagia como câncer no trato gastrintestinal, disfunção orofaríngea, doença cardíaca congênita, malformações congênitas, entre outras. Essas comorbidades frequentemente levam a condições complexas que colocam uma grande carga sobre os cuidadores e aumentam o risco de uma variedade de complicações (Barry, 2018).

Essa cirurgia é amplamente difundida e utilizada, por isso necessita de cuidados especiais na transição do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar, uma vez que é necessária toda uma adaptação à nova forma de aporte nutricional para esses pacientes. Diante disso, para alcançar o objetivo de diminuir as dificuldades enfrentadas nesse cuidado desde os primeiros dias em domicílio, este trabalho buscou, por meio de uma revisão narrativa sobre cuidados domiciliares com gastrostomia e os impactos que essa realidade causa psicologicamente e fisicamente aos envolvidos, desenvolver uma cartilha educativa para cuidadores de pacientes com gastrostomia, a qual visa explicar as principais complicações contribuindo para a identificação precoce das mesmas, além de exemplificar o manejo da sonda, os cuidados cotidianos de uma forma lúcida e esclarecedora para que seja amplamente difundida na comunidade e beneficie os pacientes e seus cuidadores.

Ademais, muitas complicações poderiam ser evitadas com a educação em saúde e acompanhamento de qualidade para as famílias que precisam aprender a lidar com os pacientes vivendo com gastrostomia. Além disso, os gastos com as visitas desnecessárias ao pronto socorro seriam reduzidos ao difundir um conhecimento que promova a qualidade de vida e do cuidado com essas pessoas, uma vez que evitar ou saber lidar com complicações pequenas como a formação de tecido de granulação, deslocamento do tubo e infecção superficial que ocorrem em mais da metade dos casos, diminuiria a sobrecarga do serviço de saúde com situações potencialmente evitáveis, haja vista que segundo Correa *et al*. o custo médio de visitas ao PS relacionados à gastrostomia é de mil e duzentos dólares e que 83% de visitas poderiam ser evitadas com resolução adequada em domicílio (Barry, 2018).

Portanto, o presente estudo ao questionar a necessidade de informações que verdadeiramente ajudem na rotina desse grupo de pessoas identificou as falhas na educação e suporte por parte dos profissionais de saúde para essas famílias, e para suprir essas demandas ao desmistificar o cuidado diário de portadores de gastrostomia realizou–se a formulação da cartilha. De acordo com Schweitzer (2014, p. 9):

> Ao definir este alto padrão para a educação, prevemos que menos variação existirá entre os prestadores de cuidados, o que deverá levar a menos confusão para os pacientes e seus cuidadores, pois bem como maior segurança e satisfação do paciente.

2 METODOLOGIA

Para a realização desta revisão narrativa foram selecionados artigos científicos, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e outros documentos relevantes. As bases de dados utilizadas incluíram PubMed, Scopus, *Web of Science* e *Google Scholar*. Os termos de busca empregados foram "gastrostomia", "cuidados domiciliares", "complicações", "educação de cuidadores" e "disfunção alimentar". Foram incluídos apenas estudos publicados em inglês, português e espanhol.

Os critérios de inclusão foram: (1) Estudos que abordam cuidados domiciliares com gastrostomia; (2) Artigos que discutem complicações associadas à gastrostomia; (3) Publicações que apresentam diretrizes ou recomendações para cuidadores de pacientes com gastrostomia. Os critérios de exclusão foram: (1) Estudos que não apresentavam dados relevantes para os objetivos desta revisão; (2) Artigos duplicados ou que não estavam disponíveis na íntegra.

A coleta de dados foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados nas buscas. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram lidos na íntegra. As informações extraídas foram sintetizadas de forma narrativa, destacando as principais complicações associadas à gastrostomia, as estratégias de manejo recomendadas e as melhores práticas para a educação de cuidadores. A síntese dos resultados foi estruturada para fornecer uma visão abrangente e prática sobre os cuidados domiciliares com gastrostomia.

3 RESULTADOS

3.1 TIPOS DE SONDAS DE GTT (BOTTON, TUBE, GASTROINTESTINAL, NÃO ESPECÍFICAS – FOLEY, MALECOT)

Existem diferentes tipos de sondas de gastrostomia, com variados tamanhos e produzidas com distintos materiais. Elas podem ser fabricadas a partir de materiais como poliuretano, látex natural e silicone, os quais apresentam vantagens e desvantagens associados a eles, uma das principais desvantagens relacionada ao látex é a alergia e apesar de ter um preço mais acessível é uma sonda utilizada para dilatação do trato gastrointestinal, de forma transitória até a troca para a sonda definitiva (Conitec, 2021). Já as sondas de silicone e poliuretano apresentam vantagem sobre as de látex por serem materiais mais biocompatíveis diminuindo a incidência de alergias, porém entre as duas sondas há evidências de que o silicone propicia um ambiente para o desenvolvimento de colônias fúngicas no lúmen da sonda, ocorrendo assim deformidades e perda elasticidade do dispositivo, além de um bloqueio necessitando troca da sonda com mais frequência, por outro lado a sonda de poliuretano foi comprovadamente mais longeva na alimentação enteral de longo prazo, uma vez que é mais resistente à degradação promovida pelo metabolismo fúngico (Sartori *et al.*, 2003). Apesar do tempo útil da sonda de poliuretano ser maior identificou–se um deslocamento acidental em mais casos com esse tipo de sonda do que a de silicone (Blackas *et al.,* 2004) por isso é necessária uma avaliação prévia da equipe médica e um bom direcionamento do cuidado para o manejo correto após a cirurgia.

As sondas podem ser classificadas de acordo com as seguintes características:

(1) específicas ou não específicas;
(2) comprimento: longas ou de perfil baixo (também chamadas de nível de pele ou botton);
(3) modo de fixação interna: com retentor interno balonado ou não balonado.

De todo modo, as sondas apresentam diferentes diâmetros, comprimentos e o tamanho adequado deve ser medido pela equipe médica, sendo imprescindível a avaliação da espessura da pele de cada paciente antes da inserção da sonda (Conitec, 2021).

3.1.1 **Específicas e não específicas**

As sondas específicas são aquelas que não necessitam troca rotineira, a não ser que alguma intercorrência maior ocorra como o deslocamento total da sonda, hemorragias e peritonite, além de critérios médicos para que ocorra essa troca (Conitec, 2021). Alguns exemplos de sondas específicas são a sonda G para gastrostomia, sondas do modelo *botton* como a MIC–Key, Bard e MINI–ONE, as quais são escolhidas para substituir as sondas não específicas e longas implantadas até a cicatrização do estoma (Conitec, 2021). Alguns tipos de sondas não específicas são usadas temporariamente nas gastrostomias, "permanecendo por um prazo máximo de seis a oito semanas após a cirurgia, de forma a permitir a maturação do estoma" (Conitec, 2021), exemplos dessas sondas são Malecot, Pezzar e Foley. A Malecot e a Pezzar têm um formato tipo cogumelo na extremidade, e a Foley possui um balão que a fixa no interior do estômago. Essas sondas não apresentam um disco para estabilizar o dispositivo externamente.

3.1.2 **Comprimento**

As sondas longas necessitam de cuidados especiais para que os pacientes (principalmente crianças e pacientes com déficits neurológicos) não puxem suas sondas. Além disso, é importante que sejam adequadamente estabilizadas ao nível da pele para que não se desloquem internamente, potencialmente obstruindo o estômago, jejuno ou esôfago. Nesse contexto, existem vários dispositivos de fixação comercialmente disponíveis, essas sondas por serem longas e não terem um disco estabilizador devem ter uma boa estabilização externa para prevenir extravasamento de líquido gástrico, deslocamento e migração, primeiramente o tubo deve sair diretamente do trato e isso vai prevenir de desenvolver úlcera por pressão o que muitas vezes pode ocorrer se o tubo for colado sobre a pele com fita adesiva, além de o curativo impedir o movimento do tubo. Ademais as sondas podem ser estabilizadas por dispositivos que utilizam uma barreira cutânea de hidrocolóide inseridas diretamente na incisão cirúrgica, que podem permanecer colados por 7 dias no local (Crawley–Coha, 2004).

Já as sondas de baixo perfil têm estrutura menor, com válvula unidirecional na base do dispositivo, e se adaptam melhor à superfície da pele. "Nesse modelo, o tubo de alimentação é conectado apenas no momento da administração da dieta" (Conitec, 2021). Essa característica torna as sondas de baixo perfil com vantagens como: facilidade na manutenção, menor propensão ao deslocamento acidental, melhor aparência estética, promovendo facilidade no cuidado.

3.1.3 **Fixação interna**

Dispositivos infláveis com balão: possuem um balão na ponta que é inflado com água para manter a sonda dentro do estômago. O volume máximo do balão geralmente consta na própria sonda

e/ou em sua embalagem, mas é importante que essa orientação venha da equipe médica já que situações clínicas específicas podem necessitar de diferentes volumes. Esse modelo de sonda é de fácil substituição e a razão principal para ocorrer é a quebra do balão, apresenta tempo médio de 4–6 meses de utilização para esse tipo de sonda (Crawley–Coha, 2004).

Dispositivos em estilo cogumelo: têm uma ponta em forma de cogumelo que ajuda a manter a sonda no lugar. São sondas mais difíceis de posicionar pois necessitam de tração para ser removida e para serem alongadas é necessário um obturador, além disso o conjunto de extensão de alguns tipos de dispositivos do modelo cogumelo não travam e podem deslocar no processo da alimentação, sendo um fator de reclamação pelos cuidadores e familiares (Crawley–Coha, 2004).

3.2 HIGIENIZAÇÃO DA SONDA E DO ESTOMA, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO E ALIMENTO

As sondas de baixo perfil possuem acessórios separados para a alimentação e para a medicação, inseridos somente no momento da ação, portanto os conjuntos de extensão das sondas são reutilizáveis. Não devem ser fervidos diretamente, para não danificar o material, para a limpeza deve–se lavar os dispositivos e deixá–los secar ao ar livre após cada uso (Crawley–Coha, 2004). Além disso, Ribeiro *et al.* (2021) dá orientações gerais para manter o óstio da gastrostomia livre de infecções e livre de intercorrências no ambiente domiciliar, para isso é necessário que as mãos sejam higienizadas com água e sabão antes e após a manipulação da gastrostomia; higienizar o local de 2 a 3 vezes ao dia ou sempre que houver necessidade com água e sabão, secando logo em seguida com bastante cuidado; trocar a gaze que protege o estoma e nunca utilizar óleos ao redor dele pois pode permitir o deslizamento da sonda; No que diz respeito aos cuidados com a administração da alimentação e medicação, o Ministério da Saúde recomenda: manter o paciente com cabeceira elevada sempre no momento que estiver administrando alimentação, água ou medicação, para não provocar enjoos e vômitos; após o término da administração, o paciente deve ficar nesta posição por aproximadamente 40 minutos e caso ocorram vômitos ou náuseas suspende–se a administração; após a administração de alimentos e medicamentos, realiza–se a lavagem da sonda com água, sempre que a mesma via seja utilizada para administração deve–se lavar antes de administrar o remédio em seguida da alimentação; caso haja dificuldade na passagem da alimentação ou medicação, utiliza–se água em jato com o auxílio de uma seringa, antes de administrar a alimentação ou medicação.

3.3 FREQUÊNCIA DE TROCA

Há variação científica sobre a frequência de troca da sonda, porém os artigos relatam que em torno de 3 e 6 meses após a primeira gastrostomia pode–se fazer a substituição de uma sonda de transição como a Foley para a sonda botton, para garantir que o trajeto esteja bem formado (Beres, 2009; Crawley–Coha, 2004). Para a sonda botton não existe recomendação definitiva sobre a periodicidade de troca, sendo necessário caso ocorra alguma complicação maior, ou por quebra e deterioração do dispositivo, pois complicações menores como hipergranulação de tecido, infecções fúngicas ou bacterianas, obstrução podem muitas vezes serem resolvidas com ajuste de tratamento medicamentoso. Apesar disso, o período pós–operatório de 6 a 8 semanas é crítico e deve–se ter muito cuidado uma vez que o estoma ainda não está cicatrizado, e o percurso da gastrostomia ainda está bastante instável, podendo ocorrer deslocamentos e outras complicações com mais facilidade (Conitec, 2021). Outra situação analisada para estipular uma frequência de troca da sonda botton foi a medida

dos diâmetros dos tubos, os dispositivos com maior diâmetro apresentam maior longevidade (Cha *et al*, 2012).

3.4 CURATIVO, FIXAÇÃO E ALARGAMENTO DO ÓSTIO

"A migração interna do tubo pode ocorrer quando não há dispositivo de retenção externo. O tubo pode passar pelo piloro e tornar–se intraduodenal ou migrar para a cárdia". (Forest–Lalande, 2012). Portanto, é necessário que a sonda seja rotineiramente observada e medida para garantir que seu comprimento seja constante, sendo a técnica de marcar a sonda a nível da pele muito eficaz para agilizar o manejo caso a sonda se mova. Para a fixação deve–se evitar a utilização de fitas adesivas, pois essas perturbam a integridade da pele (Forest– Lalande, 2012). Existem dispositivos comerciais que evitam a movimentação lateral da sonda, fixando o tubo em um ângulo reto. Um exemplo de dispositivo de fixação é o suporte de hidrocoloide cercado por fita, onde o tubo de gastrostomia fica sobre um isopor, fita micropore fixa a sonda sobre essa estrutura (Crawley–Coha, 2004). Algumas sondas como a MIC–Key apresentam um disco de fixação externa o que ajuda a maior estabilidade desse tipo de sonda.

Outra complicação evitável é o alargamento do óstio que muitas vezes ocorre pela rotação do tubo quando este não é mantido no ângulo de 90 graus. Uma forma de resolver é por meio da cauterização da fístula para evitar o vazamento de fluído gástrico (Forest–Lalande, 2012).

3.5 OBSTRUÇÃO

O bloqueio do tubo pode ocorrer pelo manejo inadequado da gastrostomia, podendo ser: pela torção ou dobramento do tubo; o tubo não foi lavado regularmente, os medicamentos não foram adequadamente liquefeitos ou fluido gástrico diluído refluxou para o tubo. E para evitar as obstruções, os medicamentos devem ser administrados na forma líquida sempre que possível. "O tubo deve ser lavado com 3–5 mL de água morna antes e depois da administração de um medicamento e entre os medicamentos" (Crawley–Coha, 2004).

Além disso, pode–se tentar desobstruir o tubo por meio de uma pressão pulsátil ou também pela ordenha para desalojar o que esteja obstruindo. Caso o bloqueio do tubo persista há recomendações para inserir uma sonda nasogástrica pequena dentro do tubo e introduzir através dela água morna, caso seja necessário pode–se introduzir uma mistura de água estéril com enzimas pancreáticas e bicarbonato de sódio para desbloquear o tubo (Forest–Lalande, 2012).

3.6 CUIDADOS COM A PELE

A irritação da pele em pacientes com gastrostomia pode ser uma situação comum, mas que não deve ser negligenciada, pois pode ocorrer por alguma alergia, além de extravasamento de líquidos pela sonda. Nesse sentido, proteger a pele é imprescindível para evitar danos, e conforme Borkowski (2005) pode–se aplicar uma barreira na pele com vaselina, um selante de pele ou um produto de barreira protetora. Caso a ruptura ou irritação da pele já ocorreu, mas sem sinais ou sintomas de infecção, é indicado a aplicação de uma barreira cutânea, como creme de óxido de zinco ou um produto de barreira protetora, não é necessário remover todo o creme a cada aplicação, porém é preciso limpar suavemente o local com água, secar e aplicar mais creme suavemente pois limpeza muito agressiva pode atrapalhar a cura.

Uma característica que deve ser observada na pele é a cor, ao ficar irritada a pele fica vermelha sem perda de epitélio, já em casos de erosão a coloração se torna vermelha mais escura acompanhada por perda de epitélio e exsudação pele. Se a irritação e/ou erosão forem causadas por vazamento de líquido gástrico, recomenda–se aplicar um creme de barreira (Carmel e Scardillo, 2004) ou um pó de barreira para secar a pele com secreção e facilitar a aderência do creme de barreira e o uso de um pano macio é recomendado. O vazamento deve ser absorvido diligentemente. A aplicação de um creme à base de cortisona também pode ser prescrito em caso de inflamação, mas seu uso deve ser limitado a um curto período, para evitar qualquer enfraquecimento da pele. A aplicação de curativos oclusivos como hidrocoloides não é recomendada (Beucher e Cavaye, 2010) porque esses curativos mantêm o contato entre vazamento gástrico ácido e a pele, o que pode causar irritação na pele e erosão. Além disso, quando em contato com vazamento, alguns hidrocoloides formam um gel criando uma umidade ambiente que promove tecido de granulação (Forest–Lalande 2012) prejudicial para o cuidado com o estoma e a pele periestomal.

3.7 PERDA DA SONDA

A perda da sonda é uma complicação de urgência, caso ela tenha sido removida acidentalmente, deve–se colocar uma nova sonda o mais rápido possível para não ocorrer o fechamento da fístula gástrica, de acordo com Forest–Lalande (2012) o tempo não deve ultrapassar 2 a 3 horas após o ocorrido. Causas potenciais para a perda da sonda: fixação inadequada de tubos convencionais; estouro do balão, é importante encher o balão com água; cateteres Foley não são resistentes à acidez gástrica, pois foram feitos para serem inseridos na bexiga e podem explodir em condições ácidas. Por isso é aconselhável privilegiar a utilização de tubos resistentes à acidez (Forest– Lalande, 2012).

Outra situação que leva a perda da sonda é a desobstrução dos tubos que deve ser manejada rapidamente para evitar o fechamento do trajeto. No período pós–operatório inicial, a recomendação, segundo Crawley–Coha (2004) é que durante os primeiros meses os pacientes voltem ao hospital para realocar o tubo dentro de 6h após o ocorrido para que o trajeto não comece a se fechar e dificulte o procedimento hospitalar. Podendo causar também a separação do estômago e da parede abdominal, uma vez que o trajeto ainda não está totalmente cicatrizado, além de ser necessário a utilização da fluoroscopia para analisar se houve extravasamento no peritônio, e se a sonda foi bem posicionada.

3.8 EXTRAVASAMENTO

Extravasamento de uma quantidade mínima de dieta não é motivo de grande preocupação (Crawley–Coha, 2004). No entanto, se houver uma quantidade significativa de fórmula vazando ao redor do tubo, a ponto de molhar completamente a roupa do paciente, é importante que se investigue o motivo. Extravasamento importante de conteúdo gástrico ao redor da gastrostomia pode levar à irritação e erosão da pele (Forest–Lalande, 2012; Crawley–Coha, 2004).

Causas potenciais do extravasamento são: a porção interna do tubo não é contígua à parede gástrica anterior; o balão está vazio; o esvaziamento gástrico é retardado o que pode levar ao aumento da pressão intragástrica; a quantidade de gavagem é muito alta, a fístula gástrica está aumentada (Forest–Lalande, 2012).

As razões mais comuns para o vazamento excessivo de fórmula são o deslocamento do tubo do estômago para o trato. Tal problema ocorre com os tubos longos usados muitas vezes transitoriamente,

particularmente com o tubo Malecot ou de Pezzar. Também quando o estômago não está esvaziando quantidades de fórmula vazam ao redor do tubo. Essa situação ocorre quando um Foley, usado como tubo de gastrostomia, desliza muito para o estômago, fazendo com que o balão bloqueie o piloro e não ocorra a passagem adequada para o intestino. "Uma razão frequente para o vazamento de fórmula é a incapacidade da criança de tolerar o volume ou a taxa de alimentação" (Crawley–Coha, 2004), sendo necessária uma adequação da dieta para o paciente.

3.9 GRANULOMA

O tecido de granulação, ou granuloma, é um tecido de "cicatrização" que progride além do nível do leito da ferida. Ele inibe a migração das células epiteliais e, portanto, retarda a cicatrização (Crawley–Coha, 2004). É uma das complicações mais frequentes de gastrostomias e pode ser confundido com infecção da ferida operatória. (Crawley–Coha, 2004).

Embora sua etiologia exata não seja conhecida, há teorias sobre fatores que podem favorecer a formação do granuloma: (1) umidade proveniente de drenagem e sangramento, que aumenta o risco de infecção e degradação da pele ao redor do estoma; (2) atrito causado pela mobilidade se a sonda não estiver adequadamente posicionada/fixada (Borkowski, 2005; Crawley–Coha, 2004).

É importante observar alterações na inserção do tubo de gastrostomia durante a higiene e conversar com a equipe médica caso note alterações.

Como o tecido de granulação é úmido e frágil, ele sangra facilmente (Borkowski 2005). Existem diferentes opções de tratamento, que devem ser discutidas caso a caso com a equipe médica, mas pela friabilidade da lesão, cuidados específicos são necessários para evitar infecções e sangramentos.

A utilização de pomadas corticoides mostraram resultados positivos, ao se utilizar duas vezes por dia por um período de no máximo duas semanas. "O uso de cortisona diminui o número de fibras colágenas e a neovascularização" (ForestLalande, 2012).

3.10 INFECÇÃO

Alguns pacientes podem apresentar uma infecção no local da gastrostomia. Devido a essa infecção, alguns sinais clínicos podem aparecer e devem chamar atenção: o primeiro sinal, na maioria das vezes, é a dor ao manipular o tubo; vermelhidão na borda da gastrostomia* (± 4cm); celulite; inchaço; corrimento purulento, fétido; hipertermia e modificação da textura da pele periestomal; febre. Quando sinais de infecção são observados no local da gastrostomia, é importante diferenciar se é uma infecção fúngica para ter a conduta adequada. A infecção fúngica geralmente é causada por C*andida albicans* e tem a presença de pontos vermelhos satélites como característica marcante, parecendo pontinhos, observados na periferia da gastrostomia, além de sensação de prurido pode estar associada a infecção fúngica. "Este tipo de infecção geralmente se desenvolve em um ambiente úmido, muitas vezes quando a gastrostomia está localizada em uma prega cutânea" (Forest–Lalande, 2012). Sendo o tratamento feito com a utilização de pomada antifúngica duas a três vezes ao dia, dependendo da recomendação médica. Caso seja uma infecção bacteriana, é administrado um antibiótico sistêmico e deve–se retirar os discos de fixação que pressionem a pele até que a infecção seja curada.

A bactéria *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, é o principal agente infeccioso associado às infecções periestomais e por isso segundo Duarte *et al.* (2012) a melhor forma de profilaxia é à base de glicopeptídeos e um protocolo descontaminante anterior a inserção da gastrostomia. Evitando o uso exagerado de antibióticos.

3.11 BANHO

De acordo com Ribeiro *et al.* (2021) o banho de pessoas vivendo com gastrostomia deve ser cuidado para promover o bem–estar, o conforto e a higienização adequada para esses pacientes, dentre as recomendações vale destacar que, durante o banho o dispositivo da gastrostomia não deve ser molhado excessivamente, não é aconselhado deixar a pessoa muito tempo dentro da água, caso o banho seja de banheira e ainda recomenda–se deixar a água da banheira abaixo do nível do estoma para que impossibilite a contaminação deste. Em relação ao banho no chuveiro (aspersão), também não se deve permanecer por muito tempo com água no estoma. Após o banho, torna–se necessário enxaguar cuidadosamente e secar bem o óstio para evitar a umidade, evitando infecções fúngicas e irritação da pele. Ademais, não se deve esfregar o local da gastrostomia e é recomendado a utilização de panos macios e suaves.

3.12 CURIOSIDADES

Piscina: Conforme o estudo promovido por De Castro *et al.* (2022), o curativo adesivo impermeável foi eficaz na vedação do ambiente coberto pelo filtro, ocorrendo em, aproximadamente, 80% dos casos ao realizar a imersão sem movimentação e com exercícios ativos, durante a reabilitação em piscina terapêutica. Tal evidência é significativa para situações reais, pois há eficácia na aplicação do curativo em tamanho padronizado e corretamente posicionado no abdômen do paciente.

Dentes: os pacientes com paralisia cerebral necessitando de gastrostomia, apresentam diminuição da força mecânica oral, ao não terem uma dieta por via oral. Essa situação, facilita a deposição da placa bacteriana patogênica que resulta em inflamação gengival e presença do cálculo dentário (Saito, 2018). Por isso, é essencial que seja feita a higienização bucal e dentária diariamente dessas pessoas, mesmo que não haja consumo alimentar pela boca.

4 DISCUSSÃO

É necessário o desenvolvimento de um protocolo padrão para minimizar, adequadamente, a utilização desnecessário do atendimento hospitalar em pessoas com gastrostomia, uma vez que as intervenções educacionais atuais com essa finalidade são limitadas ao uso de panfletos pré–operatórios, checklist online, permanecendo muitas dúvidas no momento do cuidado domiciliar, principalmente nos primeiros dias, período de muita atenção e cuidado, pois o estoma ainda está cicatrizando e os responsáveis sentem medo na hora do manuseio.

Conforme Barry *et al.* (2018) relata, um curso de educação sobre gastrostomia impactou positivamente no cuidado em domicílio desses pacientes, ao reduzir a utilização dos serviços de saúde em um ano, corroborando com a hipótese do presente artigo de que a educação sobre a GT (gastrostomia) pode ajudar na capacitação das famílias para triar corretamente as complicações e serem resolutivas em casa, melhorando o cuidado e diminuindo a carga sobre o cuidado.

No mesmo sentido, no artigo de Barry (2018), um dado relevante a ser citado é acerca das famílias que tiveram menor tempo de internação, considerado menos tempo de treinamento de cabeceira pela equipe de enfermagem, que por qualquer motivo utilizaram o serviço hospitalar, em comparação às que foram melhor assistidas pela educação em saúde anterior à alta hospitalar.

> Significativamente menos famílias treinadas usaram visitas ao PA por motivos inapropriados (9% vs 13% das famílias não treinadas, P < 0,03), mas também tiveram uma redução de visitas inapropriadas (20% vs 38% das famílias não treinadas, P < 0,01), o que sugere um potencial impacto preventivo do ensino de cuidados no local do GTT.

Além disso, o momento pré–operatório, de comunicação entre a equipe médica e as famílias é de extrema importância, podendo impactar de forma positiva ou negativa nas decisões sobre a gastrostomia pelas famílias, há aspectos inerentes de riscos e benefícios na cirurgia, porém Guerriere (2003) retoma quatro fatores modificáveis para diminuir as incertezas advindas da necessidade de decidir sobre a implantação da gastrostomia, esses foram descritos por O'Connor em 1995 e se resumem em: (1) carência de informação, (2) enfrentar pressão social, (3) falta de apoio e/ou (4) falta de discernimento sobre suas opiniões pessoas. Diante disso, as mães que foram entrevistadas no mesmo estudo, citaram alguns tópicos dos quais elas gostariam de ter mais informações antes de ter escolhido o procedimento para seus filhos.

O tópico mais citado foi, saber a aparência da gastrostomia e a localização no corpo da criança, outras informações necessárias para as mãe foram: como administrar a comida com a gastrostomia e os efeitos colaterais, como ocorre o procedimento da inserção da sonda, além disso foi identificado a necessidade de explicações sobre os benefícios da alimentação por gastrostomia antes da escolha, o que promoveria menor tempo para decisão ser tomada, beneficiando o paciente e seus familiares, diminuindo a angústia relacionada às incertezas com o procedimento.

Ademais, a falta de suporte foi citada pelas mães, essa falta vinda tanto de outros familiares quanto da equipe médica tornou a decisão sobre a gastrostomia ainda mais difícil, "estas mães descreveram sentimento de abandono, frustração, ansiedade e medo relacionados a esta falta de apoio" (Guerriere, 2003). Todas essas situações, podem ser mitigadas pela elaboração da cartilha que ao promover o suporte para o cuidado pós cirúrgico em domicílio, também conterá informações que desmistificam e auxiliam no entendimento desse procedimento e da importância para o desenvolvimento das crianças que necessitam desse cuidado.

As complicações próprias da gastrostomia ocorrem com ou sem educação do paciente e do cuidador. Porém, a utilização de uma educação adequada e padronizada, torna um paciente ou cuidador passível, muitas vezes, de reconhecer e gerenciar as complicações mais esperadas.

Além do aborrecimento sobre os cuidadores de ter que correr com o paciente para o hospital sem planejamento, potencializando o sentimento de insuficiência o que prejudica a continuidade do cuidado, as complicações também, geralmente, levam a consequências financeiras adversas para o sistema de saúde, como visitas não planejadas à clínica e ao pronto–socorro e realojamento e hospitalizações, abarrotando o pronto socorro com problemas potencialmente evitáveis.

Esta maior utilização de recursos pode ser minimizada com educação adequada. Uma alternativa importante é a educação na alta hospitalar, algo crucial para o sucesso da recuperação do paciente porque pode diminuir a taxa e a gravidade das complicações pós–procedimento. Quando fornecida antes de um procedimento, a educação geralmente diminui a ansiedade, a dor pós–operatória, e o uso de recursos, aumento do conhecimento, e melhora a adesão à medicação quando em comparação com a educação dada após um procedimento. Outra situação promissora para satisfazer os cuidados com o paciente é a abordagem multidisciplinar junto à educação que pode maximizar o conhecimento e minimizar complicações pós–procedimento.

Em conformidade com Schweitzer *et al.* (2014) há importantes pontos a serem inseridos nos protocolos de alta como, a avaliação pré–operatória do estilo de aprendizagem, educação pré–

procedimento, modalidades de educação com multimídia, ilustrando como é feito os principais passos do cuidado diário, o uso de uma abordagem multidisciplinar, avaliação de prontidão para alta e conclusão da educação com lista de verificação, além de um acompanhamento pós alta para assegurar uma transição de sucesso para a casa. Caso não tenha um bom apoio aos responsáveis pode–se levar a efeitos adversos, tanto para pacientes quanto para os cuidadores.

Por isso foi desenvolvido neste estudo um protocolo de educação padronizado e baseado em evidências para auxiliar os cuidadores desses pacientes, tal estudo confirmou a eficácia e a necessidade de uma educação de qualidade, acessível e compreensível ao apresentar resultados de melhor atendimento do paciente, aumento do conhecimento, garantindo autonomia e diminuindo a ansiedade dos cuidadores.

Comprovadamente, ao adequar e aplicar o protocolo de educação em um grupo foi observado que ao comparar com o grupo sem o protocolo, obtiveram melhor discernimento sobre reais complicações como extravasamento pela gastrostomia com necessidade de intervenção médica, pois tentaram solucionar o problema em casa antes de ir ao hospital, sendo feita também um agendamento de visita para esses pacientes, por outro lado o grupo sem o suporte teve mais visitas não planejadas à clínica e ao pronto socorro, procurando auxílio para um vazamento normal de GT.

Um outro artigo de Page (2021) refere que sem um treinamento de alta qualidade e consistente dando suporte para as famílias, as crianças correm risco e as famílias se sentem pouco confiantes, ansiosas e sozinhas. Haja vista que uma das principais razões no atraso da alta hospitalar é a falta de confiança no cuidado domiciliar da gastrostomia, por isso melhorar o treinamento e o suporte a essas famílias reduzem a sobrecarga do cuidado, além de evitar idas evitáveis ao departamento de emergência. As preocupações ocorrem principalmente nas primeiras semanas de cuidado domiciliar, uma vez que a adaptação ao novo é progressiva, o que causa medo de machucar e angústia aos cuidadores com pouca prática e pouca informação, algo que é minimizado com ilustrações viáveis ao entendimento de todos.

Os pacientes que necessitam gastrostomia apresentam comorbidades variadas e níveis de severidade, e segundo Arca (2017), as causas mais frequentes de retorno ao serviço de saúde emergencialmente após a cirurgia de gastrostomia são infecção (27%), complicações mecânicas (22%) e necessidade de substituição da sonda (19%), pontos que legitimamente são preveníveis e devem ter maior resolutividade no ambiente de cuidado, uma vez que a demora para solucionar as situações–problema mais comuns pioram a qualidade de vida das pessoas portadoras de gastrostomia, sendo fundamental um olhar especial para os cuidados dessa condição podendo sanar com clareza toda a demanda que os pacientes e seus cuidadores possam ter no ambiente domiciliar.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui–se que a gastrostomia é um procedimento invasivo para o corpo da pessoa, sendo necessário atenção especial por parte dos cuidadores e do sistema de saúde no manejo adequado. Assim, o desenvolvimento desse estudo possibilitou identificar as fragilidades na assistência aos pacientes e seus cuidadores, o que dificulta os cuidados domiciliares com a gastrostomia. Dessa forma, ao pesquisar sobre o presente tema, objetivou–se preencher essa falha ao trazer conhecimento sobre as complicações, auxiliando na promoção da educação e no bem–estar das pessoas vivendo

essa realidade. Uma vez que foi comprovado a eficácia do ensino em gastrostomia para reduzir a busca por serviços de emergência, imprevistos.

Por fim, esse artigo desmistifica os cuidados domiciliares com a gastronomia e instiga mais pesquisas sobre este tema, ao ter como produto final uma cartilha educativa que auxilie efetivamente a rotina, diminuindo o fardo do cuidado, a ansiedade e promovendo a autonomia dos cuidadores para assim evitar complicações devastadoras.

REFERÊNCIAS

ARCA, Marjorie J.; RANGEL, Shawn J.; HALL, Matt; ROTHSTEIN, David H.; BLAKELY, Martin L.; MINNECI, Peter C.; SHAH, Samir S.; HEISS, Kurt F.; SNYDER, Charles L.; BERMAN, Loren. Case Volume and Revisits in Children Undergoing Gastrostomy Tube Placement. **Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition**, [S.L.], v. 65, n. 2, p. 232–236, ago. 2017. Wiley. DOI: https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001523.

BARRY, Wesley E.; BARIN, Erica N.; MARSHALL, Lori C.; DOHERTY, Majella; NGUYEN, Eugene; MCLAUGHLIN, Cory; KAPLAN, Lucas; STEIN, James E.; JENSEN, Aaron R.. Preoperative Educational Intervention Decreases Unplanned Gastrostomy–Related Health Care Utilization. **The American Surgeon™**, [S.L.], v. 84, n. 10, p. 1555–1559, out. 2018. SAGE Publications. DOI: https://doi.org/10.1177/000313481808401003.

BERES, Alana; BRATU, Ioana; LABERGE, Jean–Martin. Attention to small details: big deal for gastrostomies. **Seminars In Pediatric Surgery**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 87–92, maio 2009. Elsevier BV. DOI: http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2009.02.005.

BLACKA, J.; DONOGHUE, J.; SUTHERLAND, M.; MARTINCICH, I.; MITTENLEWIS, S.; MORRIS, P.; MEREDITH, G.. Dwell time and functional failure in percutaneous endoscopic gastrostomy tubes: a prospective randomizedcontrolled comparison between silicon polymer and polyurethane percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, [S.L.], v. 20, n. 8, p. 875–882, out. 2004. Wiley. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365–2036.2004.02191.x.

BORKOWSKI, Suzanne. G tube care. **Nursing**, [S.L.], v. 35, n. 8, p. 24, ago. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: http://dx.doi.org/10.1097/00152193–200508000–00014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sonda Botton para gastrostomia em crianças e adolescentes: Relatório de recomendação, **CONITEC**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt–br/midias/consultas/relatorios/2021/20210830_relatorio_cp_71_botton_criancas.pdf. Acesso em: 09 dez. 2024.

CRAWLEY–COHA, Teri. A Practical Guide for the Management of Pediatric Gastrostomy Tubes Based on 14 Years of Experience. **Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 193–200, jul. 2004. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: http://dx.doi.org/10.1097/00152192–200407000–00007.

CHA, Byung Hyo; PARK, Min Jung; BAEG, Joo Yeong; LEE, Sunpyo; JEON, Eui Yong; ALSALAMI, Wafaa Salem Obaid; IDRIS, Osama Mohamed Ibrahim; AHN, Young Joon. How often should percutaneous gastrostomy feeding tubes be replaced? A single–institute retrospective study. **Bmj**

Open Gastroenterology, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 881, abr. 2022. BMJ. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgast–2022–000881.

CASTRO, Edgard Gozzi Aicart Zullo de; AMORIM, Amanda Lopes; KÜMPEL, Claudia; PORTO, Elias Ferreira; PACHECO, Bruno Rodrigues; QUADROS, Abrahão Augusto Joviniano. Eficácia da aplicação do curativo impermeável na proteção da Gastrostomia Endoscópica Percutânea na Fisioterapia Aquática. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 14, p. 23111435867, 18 out. 2022. Research, Society and Development. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd–v11i14.35867.

DUARTE, Helena; SANTOS, Carla; CAPELAS, Manuel Luís; FONSECA, Jorge. Peristomal infection after percutaneous endoscopic gastrostomy: a 7–year surveillance of 297 patients. **Arquivos de Gastroenterologia**, [S.L.], v. 49, n. 4, p. 255–258, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: https://doi.org/10.1590/S0004–28032012000400005.

FOREST–LALANDE, Louise. The management of feeding gastrostomies. **Gastrointestinal Nursing**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 28–35, abr. 2012. Mark Allen Group. DOI: http://dx.doi.org/10.12968/gasn.2012.10.3.28.

GUERRIERE, Denise N; MCKEEVER, Patricia; LLEWELLYN–THOMAS, Hilary; BERALL, Glenn. Mothers' decisions about gastrostomy tube insertion in children: factors contributing to uncertainty. **Developmental Medicine & Child Neurology**, [S.L.], v. 45, n. 07, p. 470, 25 jun. 2003. Wiley. DOI: http://dx.doi.org/10.1017/s0012162203000872

PAGE, Bethan; BUTLER, Siobhan; SMITH, Colette; LEE, Alex Ch; A VINCENT, Charles. Training and support for caring for a child's gastrostomy: a survey with family carers. **Bmj Paediatrics Open**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 1068, jul. 2021. BMJ. DOI: http://doi.org/10.1136/bmjpo–2021–001068.

RIBEIRO, A. P. L. P. et al. Home care for children with gastrostomy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n.suppl 2, 2021.DOI: https://doi.org/10.1590/0034–7167–2020–0699

SAITO, Cristiane da Silva. **Efeito da gastrostomia na saúde oral e na composição salivar de crianças com paralisia cerebral**. 2018. 40 f. Tese (Mestrado) – Curso de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018.

SARTORI, S.; TREVISANI, L.; NIELSEN, I.; TASSINARI, D.; CECCOTTI, P.; ABBASCIANO, V.. Longevity of silicone and polyurethane catheters in longterm enteral feeding via percutaneous endoscopic gastrostomy. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, [S.L.], v. 17, n. 6, p. 853–856, mar. 2003. Wiley. DOI: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365–2036.2003.01538.x.

SCHWEITZER, Michelle; AUCOIN, Julia; DOCHERTY, Sharron L.; RICE, Henry E.; THOMPSON, Julie; SULLIVAN, Dori Taylor. Evaluation of a Discharge Education Protocol for Pediatric Patients With Gastrostomy Tubes. **Journal Of Pediatric Health Care**, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 420–428, set. 2014. Elsevier BV. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.01.002.

QR Code para acesso à “Cartilha de orientação para o cuidado domiciliar de pacientes portadores de gastrostomia”

Recebido: 2025-05-07
Aceito: 2025-05-26