



ABSTRACT

CARACTERÍSTICAS E INDICAÇÕES CLÍNICAS DOS DISPOSITIVOS PARA ESTOMIA PADRONIZADOS PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA-SES-SC.

Characteristics And Indications Have A Practice Of The Devices For Estomia Standardized By The General Office Of Health Of The State Of Saint Catherine-SES-SC.

Janete Wagner¹

Ronaldo Perfol²

RESUMO

As tecnologias em dispositivos coletores evoluíram muito após a descoberta acidental, em 1954, do pó de Karaya por Turnbull. Foram incorporados aos poucos, de forma igualitária após a criação do SUS, pelas Portarias federais e com recursos suplementares do Estado de Santa Catarina, 44 tipos de dispositivos para estomia que são fornecidos através do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada – SES/SUR/SC aos pacientes estomizados. Eles representam um complemento para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e possibilidade de reabilitação, porém recursos que orientam os profissionais na assistência nos municípios, especialmente os enfermeiros, precisam ser implementados. Dada a necessidade de oferecer orientações a prática, o objetivo deste estudo qualitativo foi buscar na literatura de suporte as características e indicações clínicas dos dispositivos para estomias padronizados pela SES/SUR-SC. Divididos em três grupos eles incorporam as bolsas coletoras, bases adesivas e matérias adjuvantes. As bolsas coletoras de uma ou duas peças, aberta, fechada e com sistema antirrefluxo, são indicadas conforme a fase do pós-operatório, habilidade física e mental do paciente ou cuidador, tipo de estoma, complicação e atividade realizada. Em situações complexas, quando são identificados problemas no estoma, irregularidade nos contornos, alterações da superfície do perístoma induzidos pelo movimento e variações no tônus muscular, a convexidade deve ser considerada. Os materiais adjuvantes de proteção, segurança e controle intestinal auxiliam e potencializam a ação dos dispositivos coletores. Pode-se observar neste estudo que são muitos os aspectos a ser considerado no momento da indicação que sustentam o processo de reabilitação. **Palavras chaves:** estoma, perístoma, convexidade e dispositivo coletor

The technologies in collector devices evolved much after the accidental discovery, in 1954, of the Dust of Karaya For Turnbull. were incorporated gradually, in an egalitarian way after the creation of SUS, by the federal and with additional resources of the state of Santa Catarina, 44 types of devices for Stomy That are provided through the person's health care service Stomized – SES/SUR/SC to stomized patients. They represent a complement to improving the quality of life of patients and the possibility of rehabilitation, but resources that guide professionals in assistance in municipalities, especially nurses, need to be implemented. Given the need to offer guidelines to practice, the objective of this qualitative study was to seek in the literature to support the clinical characteristics and indications of devices for The most Standardized by SES/SUR-SC. Divided into three Groups they Incorporate the collecting bags, adhesive bases and adjuvant materials. The one-or two-piece collector bags, open, closed and with system Antirrefluxo, are indicated according to the post-operative phase, physical and mental ability of the patient or caregiver, type of stoma, complication and activity performed. In complex situations, when problems are identified in the stoma, irregularity in the contours, changes of the surface of the perístoma induced by movement and variations in muscle tone, the convexity should be considered. Adjuvant materials for protection, safety and intestinal control help and enhance the action of the Collector devices. One can observe in this study that there are many aspects to be considered at the moment Of the indication that support the rehabilitation process.

Key-words: stoma, perístoma, convexity and sink device.

¹ Enfermeira. Secretaria de saúde do Município de Blumenau – SC, Brasil.

² Professor Me Enfº ET.Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

Autora correspondente: Janete Wagner

Endereço: Rua São Paulo nº 1196, bairro: Victor Konder – Blumenau/SC

Telefone: 47-30356522

E-mail: Wagner.janete@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O termo 'estomia' é oriundo da língua grega e significa abertura ou boca, utilizada para indicar a exteriorização de um segmento de uma víscera oca do corpo, em decorrência de neoplasias, doença inflamatória intestinal, má formação congênita, traumas etc.^{1,2,3}. Este se diferencia conforme procedência do efluente: intestinais; colostomia e ileostomia, e urinárias :urostomia ou derivação urinária³.


Na estomização as funções de secreção, digestão, absorção e excreção ficam alteradas, também é necessário lidar com as alterações da imagem corporal, a perda do controle do esfíncter, a possibilidade de infiltração dos efluentes fecais e urinários, a liberação de ruídos e odores, assim a bolsa coletora passa a ser vista, pelo paciente, como um dos fatores de aceitação a sua nova condição por representar a extensão do próprio corpo ao permitir a convivência se materializando¹.

Ao lado da confecção cirúrgica dos estomas, estão as dos dispositivos coletores. Adentrando na história há relatos que as primeiras cirurgias feitas no abdome, datam do ano 300 a. c. quando Aurelianus Caelius documentou os feitos de Protágoras que abria, esvaziava e fechava o íleo para tratar dos casos de traumas abdominais^{1,2}.

Na idade média a medicina permaneceu estagnada em razão dos conceitos eclesiásticos do corpo sagrado. A partir do renascimento os médicos puderam novamente realizar autópsia, procedimento que concedeu a Alesc Littré, em 1710, o título de pai da colostomia, por ser seu idealizador, quando constatou que a exteriorização do segmento intestinal no abdome poderia ter resolvido o problema e salvado a vida de um recém nascido falecido por imperfuração intestinal^{1,2}.

Em 1795, o cirurgião Daguesseau, na França, realizou a cirurgia idealizada por Littré e adaptou um pequeno saco de couro no estoma de seu paciente, para coleta de fezes. Em 1824, Richard Martland, de Blackburn, da Inglaterra, adaptou um cinto autoajustável a uma caixa metálica para coleta das fezes. Entre os anos de 1924 e 1929, John R. Greer, dos Estados Unidos da América, desenvolveu um dispositivo coletor que consistia em uma sacola de lona, revestida por varias camadas de papel higiênico entre uma folha de papel oleado, adaptada ao estoma por um cinto^{1,2}.

Em 1930, passado mais de cinco décadas da confecção cirúrgica da primeira ileostomia feita pelo cirurgião alemão Baum, que data 1879, foi desenvolvido por Alferd A. Strauss, de Chicago, juntamente com estudante de química ileostomizado chamado Henry Koenig e H.W. Rutzen, o



primeiro dispositivo coletor para ileostomizados que consistia de uma bolsa de borracha que cobria o estoma e era fixado por um preparado de látex à pele, contendo um artifício que possibilitava o ajuste de um cinto que aumentava a segurança do paciente^{1,2}. Em 1940, esse equipamento foi conhecido como Bolsa de Strauss Koenig Rutzen, e apesar das limitações, possuía ampla aceitação, sendo praticamente a única e melhor alternativa no mercado até 1960².

Posteriormente em 1951, Murle Perry desenvolveu um coletor de resíduos de plástico com papéis absorventes no interior de sua bolsa, que quando combinadas com uma vedação de borracha, ajustava-se ao corpo mantendo os efluentes irritantes longe da área perístoma¹.

Na Dinamarca em 1954, a enfermeira Elise Sorensen com a ajuda de um empresário dono de uma fábrica de sacolas plásticas, idealizou o primeiro dispositivo coletor descartável de plástico autoadesivo, para ajudar sua irmã Thora, que havia sofrido uma dramática mudança no estilo de vida após a estomização⁴.

Em 1952, Turnbull, descobriu acidentalmente o pó de Karaya, e após confirmar suas propriedades absorvente e restauradora do PH da pele, contactou o engenheiro químico Leonard Fenton, que produziu em 1972 uma bolsa coletora com


um anel desse produto. Instituíam-se assim, a primeira barreira protetora de pele para estomizados, um marco na história dos dispositivos coletores, revolucionando o autocuidado⁵.

A partir de 1978, as bolsas coletoras disponíveis no mercado, já eram constituídas de resinas sintéticas, flexíveis, contendo polímeros hidrofílicos e hidrofóbicos proporcionando proteção à pele perístoma e boa adesividade, porém o acesso a esses produtos era restrito pelo alto custo creditado a eles^{1,2}.

Até a implantação do SUS, somente os estomizados com Carteira de trabalho registrado tinham direito aos dispositivos coletores, mas sem assistência especializada e sem muito critério no planejamento para aquisição e distribuição desse material, sua distribuição era realizada pelo programa de assistência domiciliar PAD/INAMPS, através da SES/SC, na policlínica de referência regional do estado, no centro de Florianópolis⁵.

Registro de 1985 qualifica os dispositivos coletores ofertados em SC como de produção industrial, inferior, inadequado e insuficiente para as necessidades básicas dos usuários⁵.

Em 1986 a Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada – ACO após um ano da sua criação, viabiliza uma máquina



seladora de bolsas de ostomia⁵, demonstrando a fragilidade do programa de saúde da época.

Em 1988 com a criação do SUS, a mobilização de líderes estadual, conquista a Ordem de Serviço nº 158 do Ministério da Saúde – MS - que determina a estruturação de uma equipe multidisciplinar e institucional para estruturação do Programa de Assistência ao estomizado (PAO). Esta equipe foi implantada nos 22 Programas de Assistência Médica (PAMs) em Santa Catarina. O PAM da capital Florianópolis é definido como sede do programa^{5,6}.

A portaria nº 116 e 146, publicadas no Diário Oficial da União em 1993, foi pioneira pela inclusão de alguns equipamentos de estomias específicos ao paciente com estomias de eliminação, embora restrita por conter especificações limitadas e nem sempre adequadas dos equipamentos o que não era condizente com as demandas dos estomizados, com a oferta de equipamentos existente na época no mercado brasileiro, somada a ausência de uma política assistencial a ela incorporada⁷.

A inclusão de novos itens e descrições no programa, somente ocorreu em 1999, com a portaria nº 1230, ampliando as possibilidades de indicação dos equipamentos coletores ao paciente, porém não atendendo a todas as especificidades e com valores repassados para a compra


desses dispositivos muito diferentes as dos materiais adquiridos⁷.

Após cinco anos do Decreto Nº 5296 de 2 de dezembro de 2004 que definiu a estomia como deficiência física, a portaria nº 400/2009 do Ministério da Saúde reestrutura em nível de Brasil o serviço de atenção a pessoas estomizada e específica os equipamentos que devem ser disponibilizados com a ajuda de profissionais especializados em estomaterapia ligados a Sociedade Brasileira de Estomaterapia- SOBEST^{7,8,9}.

Em Santa Catarina, a aplicação desta portaria acontece através da deliberação 493/CIB/10, que aprova a constituição da Rede de Serviços de Atenção aos ostomizados e delibera sobre os critérios para habilitação do mesmo¹⁰.

Hoje são seis empresas que fornecem os 44 tipos de equipamentos para estomias padronizados no Estado, dentre estes, cinco sem cobertura pela portaria 400^{9,11}.

Em abril de 2017, colaboradores da SES/SC e da comissão técnica permanente do serviço de estomia do Estado com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB através da Deliberação nº213/17 reelaboram os formulários do processo para concessão de dispositivos coletores no Estado, responsabilizando o enfermeiro especialista em estomaterapia



ou não que dá segmento na assistência ao paciente na unidade de saúde ou no ambulatório no pós-operatório pela prescrição específica dos dispositivos de estomia¹², por entender que o enfermeiro é o profissional que se destaca neste cuidado, portanto o mais adequado para fazê-lo com eficiência.

Tendo em vista, que o acesso dos pacientes estomizados aos dispositivos coletores conquistaram importantes avanços nestes últimos anos, que a tecnologia em igual proporção evoluiu produzindo dispositivos de acordo com as características do estoma e do paciente capazes de proporcionar uma reabilitação menos traumática se comparados as de outrora, que o número de enfermeiros especialistas em estomaterapia no Brasil e em especial em Santa Catarina ainda é muito pequena, somada a grande rotatividade de enfermeiros na rede de assistência ao paciente estomizados na maioria dos municípios do Estado, se faz necessária uma revisão de literatura, com o objetivo de buscar na literatura de suporte as características e indicação clínicas para os dispositivos de estomias padronizados pela SES-SUR-SC.


A relevância em instrumentalizar os profissionais da Saúde, em especial o enfermeiro, é de construir uma postura mais segura diante da assistência ao paciente

estomizado, além de favorecer o autocuidado e proporcionar melhor qualidade de vida para essa população, integrando o mais brevemente possível o paciente às atividades do dia a dia com a família, no trabalho se possível, e na sociedade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura de natureza qualitativa que foi desenvolvido através da análise e interpretação de capítulos de livros, artigos, revistas, catálogos e Leis, realizadas em bibliotecas pública e particular, bem como em bases eletrônicas do governo do Estado de Santa Catarina, das instituições de tecnologia na área e no banco de dados da PUBMED, SCIELO, BIRENE, MEDLINE e Google acadêmico com a incorporação dos termos-chaves: ‘estomia’; ‘perístoma’; ‘dispositivo coletor’ ‘convexidade’, entre o período de fevereiro de 2016 a novembro de 2017.

Durante a coleta de dados, constatou-se que padronizado na SES-SUR-SC há 44 tipos de dispositivos para estomias, fornecidos por seis empresas fabricantes, que dividem-se em três grupos: as bolsas coletoras, as bases adesivas e os materiais adjuvantes².



A análise das bibliografias selecionadas buscam caracterizar os dispositivos de estomia padronizados, mas demonstram carência de evidências sobre a indicação clínica dos dispositivos para estomias e baseiam-se, na sua maioria, em consensos da prática clínica para justificar a indicação.

de suporte microporoso e filtro, aberta, fechada ou com segunda abertura, transparente ou opaca^{11,14-21}.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O exame dos artigos demonstrou que os dispositivos para estomias dividem-se em três grupos. As bolsas coletoras, as bases adesivas e os materiais adjuvantes¹³.

1 – As bolsas coletoras

Para a Sociedade Brasileira de Estomaterapia- SOBEST- a bolsa coletora deve desempenhar com eficiência, conforto e segurança seu objetivo de coleta, armazenamento e controle do odor. Deve ser maleável, hipoalérgica, atóxica, silenciosa no contato com as vestes, resistente ao rompimento, à abrasão e ao solvente^{9,14-15}.

Dentre os tipos de bolsas coletoras padronizadas pela SES-SC estão as de uma e duas peças com bases adesivas sintéticas planas ou convexas, acompanhada ou não

Tabela 1: Bolsas coletoras de uma peça padronizada na SES-SC ^{11,16-21}.

Código da bolsa col. de uma peça-SES-SC.	Neo Infantil. Adulto.	Tipo de base adesiva	c/sup. ad. ou s/sup. adesivo.	Tipo de estoma	c/filtro ou s/filtro	Tipo de abertura	Recortável Pré-cort. Moldável
9857034	Infantil	Plana	s/sup. adesivo	Urostomia	S/filtro	Válvula	Recortável 10-35 mm
9784001	Adulto	Plana	S/sup. adesivo	Urostomia	S/filtro	Válvula	Recortável 19-45 mm
9857062	Adulto	Plana	S/sup. adesivo	Urostomia	S/filtro	Válvula	Recortável 13-70 mm
9857039	Neo	Plana	S/sup. adesivo	Ileostomia e colost.	S/filtro	C/2 ^a Abertura	Recortável 8-25 mm
9857017	Infantil.	Plana	S/sup. adesivo	Ileostomia e colost.	S/filtro	Aberta	Recortável até 50mm
9857041	Infantil.	Plana	S/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	S/filtro	Aberta	Recortável até 35 m
9857001	Adulto	Plana	C/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	S/filtro	Aberta	Recortável 19-64 mm
9857042	Adulto	Plana	S/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	C/filtro	Aberta	Recortável 13-64 mm
9857043	Adulto	Plana	C/sup. adesivo	Ileostomia e colost.	S/filtro	Aberta	Recortável 10-60 mm
9857044	Adulto	Plana	S/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	C/filtro	Aberta	Recortável 10-70 mm
9857045	Adulto	Plana	C/sup. adesivo	Ileostomia e colost.	C/filtro	C/2 ^a Abertura	Recortável 10-80 mm
9865060	Adulto	Plana	S/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	C/filtro	Aberta	Recortável 13-70 mm
9857047	Adulto	Convexa Rígida Pressão direta	C/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	S/filtro	Aberta	Pré-cort. 25 mm
9857049	Adulto	Convexa Rígida Pressão indireta	S/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	S/filtro	Aberta	Recortável 43-51 mm
9857065	Adulto	Convexa Suave Pressão indireta	S/sup. adesivo	Ileostomia e Colost.	C/filtro	Aberta	Recortável 13-38 mm

9857050	Adulto	Plana	S/sup. adesivo	Colostomia.	C/filtro	Fechada	Recortável 10-64 mm
9857051	Adulto	Plana	c/sup. adesivo	Colostomia	c/filtro	Fechada	Recortável 10-60 mm
9857052	Adulto	Plana	s/sup.ad.	Colostomia	C/filtro	Fechada	Recortável 10-80 mm
9857061	Adulto	Plana	S/sup.ad.	Colostomia	C/filtro	Fechada	Recortável 10-70 mm
9776011	Adulto	Plana	S/sup.ad.	Colostomia	C/filtro	Fechada	Recortável 13-64 mm
9776006	Adulto	Plana	s/sup. adesivo	Colostomia	C/filtro	Fechada	Recortável 19-50 mm

Quando de uma peça apresenta-se fixa ou presas na base adesiva¹⁵.

Padronizadas do neonato ao adulto, as bolsas coletoras de uma peça correspondem a 65,6% (21) do total das bolsas coletoras padronizadas pela SES-SC, entre estas 57,1% (12) são indicados para ileostomia e colostomia, 28,6% (6) são para colostomia com sistema fechado e 14,3% (3) são para urostomia^{11,16-21}.

No que tange as bolsas coletoras de duas peças a principal característica que a identifica é fato da sua base adesiva de resina sintética vir separada da bolsa coletora e possuir um aro ou adesivo que se encaixa perfeitamente ao flange/aro ou ao suporte adesivo, permitindo um eficiente sistema de vedação entre as partes por compatibilidade¹⁴⁻¹⁵.

Código bolsa col. de duas peç.aberta no SES-SC.	Tipo de base	Tipo de recorte	Tipo de estoma	C/sup. adesivo ou s/sup. adesivo	C/filtro ou s/filtro	Tipo de encaixe
Base ad. 9857067. Bolsa col. 9857068	Plana Aro 38-40 mm	Recortável	Urostomia	S/sup. adesivo	S/filtro	Por pressão com click audível
Base ad. 9857070. Bolsa col. 9857071	Plana Aro 44-45 mm	Recortável	Urostomia	C/sup. adesivo	S/filtro	Sist. Flotante
Base ad. 9857058. Bolsa col. 9857059	Convexa Aro 57-60 mm Suave Pressão indireta	Moldável 33-45 mm	Urostomia	C/sup. adesivo	S/filtro	Por pontos de pressão

Base ad. 9857072. Bolsa col. 9857074	Plana Aro 50-51 mm	Recortável	Colostomia e ileostomia	S/sup. adesivo	S/filtro	Por pressão com click audível
Base ad. 9857075. Bolsa col. 9857076	Plana, aro 100-102 mm	Recortável	Colostomia e ileostomia	C/sup. adesivo	C/filtro	Sist. Flotante
Base ad. 9857070. Bolsa col. 9857073	Plana, aro 44-45 mm	Recortável	Colostomia e ileostomia	C/sup. adesivo	C/filtro	Sist. Flotante
Base ad. 9857077. Bolsa col. 9857078	Plana, aro 57-60 mm	Recortável	Colostomia e ileostomia	C/sup. adesivo	S/filtro	Por pontos de pressão
Base ad. 9857067. Bolsa col. 9857069	Plana, aro 38-40 mm	Recortável	Colostomia e ileostomia	S/sup. adesivo	S/filtro	Por pressão com click audível
Base ad. 9857063. Bolsa col. 9857064	Plana, aro 13-70 mm	Recortável	Colostomia e ileostomia	S/sup. adesivo	S/filtro	Por encaixe adesivo
Base ad. e bolsa col. 9857046	Convexa, aro 38-40 mm. Rígida Pressão direta	Pré-cort. 21 mm mm	Colostomia e ileostomia	S/sup. adesivo	S/filtro	Por pressão com click audível
Base ad.e bolsa col. 9857048	Convexa, aro 50-51 mm. Rígida Pressão direta	Pré-cort. 31 mm mm	Colostomia e ileostomia	S/sup. adesivo	S/filtro	Por pressão com click audível

Tabela 2: Bolsas coletoras de duas peças padronizadas SES-SC ^{11, 16-17, 19, 21}.

Os modelos de duas peças correspondem a 34,4% (11) do total das bolsas coletoras. Destas 72,7% (8) são indicadas para ileostomia e colostomia e 27,3% (3) para urostomia. Não há padronização correspondente para neonato, infantil e adulto sistema fechado¹¹.

Ao ser comparado o sistema coletor de uma e duas peças, constatam-se algumas diferenças, entre estas a possibilidade da troca da bolsa coletora sem deslocar a base adesiva da pele perístoma, facilitando o acesso ao estoma, sua observação e cuidados¹⁵, além de reduzir custos e prevenir danos mecânicos a pele ^{15, 22}.

Outro ponto importante a ser observado é o tipo de encaixe, há quatro tipos diferentes¹¹, caracterizados por: pontos de pressão¹⁶, pressão e fechamento com click audível¹⁷, sistema flutuante com possibilidade de introduzir os dedos sob o aro/flange para o encaixe da bolsa¹⁹ e encaixe adesivo²¹.

Na fase pós-operatória a escolha do dispositivo de duas peças que exerce pressão sobre a parede abdominal deve ser evitada pela probabilidade de haver estímulo doloroso local. Justifica-se neste caso, um encaixe sem pressão¹⁵.

As bolsas coletoras de uma peça com suporte microporoso e resina sintética, por acompanhar os contornos abdominais, pode ser utilizada em especial para pacientes com abdome globoso, grávidas, estoma localizado em superfície irregular, em hérnias paraestomais ou prolapsos em alça. Discreta sob a roupa e confortável, é própria para viajar e fazer atividade física. Indicadas para colostomias, ileostomias e derivação urinária¹¹. Elas correspondem a 23,8% (5) dos dispositivos de uma peça^{11, 16, 18-19}.

A bolsa coletora de duas peças tem a mesma indicação que a bolsa de uma peça, mas deve ser feita com cautela para evitar riscos de pinçamento da mucosa entre as partes do equipamento coletor, garantindo uma distância mínima de 0,5 cm e máxima de 1,2 cm entre o estoma e a flange¹⁵.

A bolsa coletora drenável é recomendada para pacientes com estomas cuja consistência dos efluentes seja líquida, semi-líquida e pastosa com mais de duas evacuações no dia^{3,15}. Seu comprimento útil varia entre 20 e 30 cm, largura entre 12 e 16 cm, sendo as bolsas com comprimento acima de 30 cm e larguras acima de 16 cm, consideradas especiais, freqüentemente utilizadas em complicações como prolapsos de alça¹⁴⁻¹⁵.

O SES-SC disponibiliza um tipo de dispositivo com este perfil diferenciado¹¹, sua capacidade deverá ser compatível e capaz de acomodar a alça do estoma prolapsado e os efluentes¹⁵ trata-se da bolsa coletora de duas peças, recortável de 100-102 mm com sistema flutuante de encaixe entre as partes^{11,19}.

A Bolsa coletora com abertura secundária corresponde a 9,5% das padronizadas de uma peça¹¹, possui formato convencional na porção distal e campo proximal mais largo onde há uma abertura destinada para higienização. A água entra pela abertura proximal e sai junto com os efluentes na porção distal higienizando o dispositivo^{15, 18}.

A bolsa coletora fechada, por sua característica de sistema sem abertura para esvaziamento, tem indicação específica para pacientes com estomias em hemicolom esquerdo, com até duas eliminações intestinais no dia^{3, 15}, também indicada juntamente com o protetor

cutâneo de pele para aqueles que controlam as exonerações intestinais através do uso de irrigação da colostomia de segmentos de colón descendente e sigmoide, dieta alimentar e drogas¹⁵.

As medidas dos equipamentos utilizados para derivação urinária têm a mesma medida das bolsas coletoras para estomias intestinais. Seu reservatório, entretanto, deve possuir válvulas antirrefluxo e capacidade mínima de 300 ml para adulto e 200 ml para infantil. As válvulas antirrefluxos impedem que a urina retorne à estomia e a pele perístoma^{15-17, 19, 21, 23-24}. Este sistema previne a formação de depósito de cristais de fosfato e maceração que resulta consequentemente na prevenção dos processos inflamatório de repetição e estenose do estoma²⁵.

Relacionado com o modo de visualização, as bolsas coletoras podem ser transparente e opaca^{3, 9, 14-21}. A transparente está, em especial, na indicação, para uso no pós-operatório imediato e mediato e possibilita avaliação do estoma e dos efluentes continuamente, como também a visualização do estoma na hora de adaptar e posicionar o dispositivo coletor, mas em fase mais adiantada do pós-operatório, é comum a preferência pela bolsa opaca, por razões de estética e psicossocial¹⁵.

2 – As bases adesivas

A base adesiva do sistema coletor tem função de atuar como barreira cutânea impedindo o contato deletério dos efluentes fecais e urinários com a pele perístoma. Possuem propriedades capazes de manter as condições fisiológicas da pele, como a temperatura, umidade e PH, além de apresentar ação cicatrizante e baixo potencial alergênico^{13, 15, 26}.

As bases adesivas, planas e convexas, padronizadas pela SES-SC são de resina sintética¹⁶⁻²¹, têm na sua composição polímeros hidrofílicos e hidrofóbicos^{13, 15-21}, e uma das marcas adicionou a esta composição extrato de aloe vera²¹. O primeiro são hidrocoloides altamente solúveis em água e os mais conhecidos são a pectina, gelatina e a carboximetilcelulose^{13,15-20}, o segundo não se misturam a ela por ser borracha sintética ou elastomérica sendo os mais utilizados os *poli-isobutíneo* - PIB e o *Styrene-isoprene-styrene* – SIS¹³.

Quanto à mistura desses polímeros, observaram-se dois tipos padronizados; um disposto em uma única camada^{13,16-21} e a outra em forma espiralada, promovendo a absorção e adesividade alternando as áreas de contato com a pele a cada troca^{13,17}.

Com relação à abertura a base adesiva do equipamento coletor, ela pode ser pré-cortada, recortável e moldável^{3,11,13-21}. Conforme demonstra tabela 1 e 2, 87,5 % (28) das bases adesiva padronizadas na SES-SC são recortáveis, 9,4 % (3) pré-cortadas e 3,1 % (1) moldável^{11,16-21}.

A prescrição da base adesiva pré-cortada^{11,16-17}, guarda relação com as informações referentes à habilidade motora, acuidade visual e capacidade cognitiva diminuída, também está indicada para colostomias e ileostomias com formato redondo e para estoma com mais de duas eliminações por dia^{3,15}.

Já a base adesiva recortável^{10,16-21} é indicada para estomas com forma irregular e oval, podem ser recortadas na medida exata, pois facilita o ajuste e a adesividade à pele perístoma^{3,15}. Aconselha-se que seja evitado o recorte de varias bases adesivas nos primeiros três meses do pós-operatório em virtude dos frequentes ajustes necessários ao tamanho do estoma, visto a gradual regressão do edema fisiológico²². A base adesiva convexa devem ser recortada 3 mm maior que o estoma³⁰.

O prévio recorte da base adesiva moldável não é necessário, pois ela se molda á forma e tamanho do estoma e pode ser utilizada em estomias com formato redondo, retangular ou irregular^{3,15-16}.

Conforme demonstra a tabela 1 e 2 a maioria de 80,6% das bases adesivas são planas^{11,16-21}. A base adesiva plana está indicada para as pessoas que apresentam colostomias, ileostomia e urostomia com protrusão de aproximadamente 2 a 3 cm com perístoma de boa qualidade¹⁵.

Colostomia rasa ou ao nível da pele do abdome, descolamento da junção muco cutânea de ileostomia e colostomia e ou dermatite moderada e grave, têm por indicação de base adesiva plana de duas peças¹⁵.

As bases adesivas convexas representam 19,4% dos dispositivos coletores padronizadas^{11,16-17,20}, e somente 16,7% (1) delas, apresenta encaixe compatível com bolsas coletoras com sistema antirrefluxo e válvula para drenagem de urina^{11,16}.

A convexidade fornece uma curva em direção à pele perístoma quando colocado no abdômen, ela preenche a superfície do perístoma retraído, nivela áreas irregulares e aumenta a protrusão de estomas nivelados, apoia a superfície cutânea para abdome macio e flácido, além de serem mais resistentes aos efluentes por ser constituído por duas camadas de hidocolóides²⁷⁻²⁹.

Ela está indicada para colostomia, ileostomia e urostomia, para gerenciar as infiltrações, em especial de efluentes líquidos por baixo da base adesiva, principal causa das alterações dermatológicas peristomais^{27,29} que variam de 10 a 70%^{22,26}.

É utilizada como estratégia quando são identificados problemas no estoma, irregularidades nos contornos perístoma, alterações da superfície da pele peristomal induzidas pelo movimento e variações do tônus abdominal^{27, 29}.

As principais alterações relacionadas ao estoma são: ângulo de drenagem descentralizado, ao nível da pele ou abaixo dela, estomas em alça com ângulo de drenagem distal ao nível da pele, estomas telescópicos, que aparentemente são normais, mas que podem se retrair com o peristaltismo ou movimento do corpo^{3,15,27-30}, como também estomas protrusos e com pseudoprotrusão, mas localizado em perístoma irregulares ou de qualidade inferior dentro de rugas, vincos, canais, pregas, cicatrizes, retração de pele ou abdome flácido²⁸⁻³⁰.

A avaliação dos contornos peristomais, como ela se altera aos movimentos e o tônus muscular é fundamental e um dos principais critérios para a escolha do equipamento convexo mais adequado para cada caso²⁹.

Posicionar o paciente em supina, deitado, sentado, em pé e fletido, permite identificar os pontos que se alteram aos movimentos que podem se apresentar plano, retraído e abaulado/saliente²⁸⁻²⁹.

Quanto maior as retrações e/ou saliências peristomais maior a necessidade do uso da convexidade.

A palpação do abdome do paciente permite determinar a presença de tônus muscular. A aplicação do dispositivo convexo com sustentação rígida pode descolar da pele perístoma se for muito rígida para o tônus abdominal do paciente, além disso quando aplicada sobre uma força de oposição pode resultar em lesões por pressão no perístoma¹¹.

No SES-SC há padronização de dois tipos de convexidade, ambas com profundidade maior que 6,35 mm e grau de sustentação rígida e suave^{1,15-16,20}.

A convexidade suave pode ser mais indicada para pacientes com perístomas firmes, ou seja, com bom tônus muscular, enquanto as convexidades rígidas podem ser uma opção para pacientes com região perístomal macia e flácida²⁹⁻³⁰. Os dispositivos convexos padronizados com sustentação suave são os códigos: 9857065 e 9857058¹¹.

Outro ponto importante a ser observado é o uso da pressão direta e indireta. A convexidade com pressão indireta, apesar de útil, pode não exercer a mesma pressão para exteriorizar o estoma, quando comparada com a convexidade com pressão direta por apresentar alguns centímetros de base adesiva plana para depois ser convexa, também um estoma muito menor do que sua abertura pode diminuir o efeito da convexidade³⁰.

As bases adesivas convexas com pressão direta são as pré-cortadas em 21, 25 e 31 mm, códigos 9857046, 9857047 e 9857048, já as com pressão indireta são as convexas recortáveis entre; 43 e 51 mm código 9857049, 13 e 38 mm código 9857065 e 33-45 mm código 9857058^{15-17,21}.

Para estoma bem formado e com protrusão adequada em perístoma de boa qualidade e em hérnias perístomas, há contraindicação da convexidade. Ela deve ser utilizada com precaução em varizes periestomais, ulcera de Crohn e piodermite gangrenosa no perístoma, como também em prolapso, deslocamento muco cutâneo ³⁰e no pós-operatório imediato, até 3 dias, com acompanhamento²⁹.

3 – Materiais adjuvantes

O uso de adjuvantes como pasta, tiras e anéis pode aumentar a profundidade, mas não a rigidez e proporcionar maior maciez e flexibilidade aos contornos do abdome quando sob o uso da convexidade ^{27,29-30}.

Materiais adjuvantes são equipamentos que complementam os dispositivos coletores, podendo potencializar seus resultados, aumentando o desempenho, proporcionar maior segurança, conforto e proteção à pele perístoma além de proporcionar controle intestinal dos pacientes com colostomias¹⁵.

Código do mat. Adj. SES-SC	Tipo de material	Composição	Adjuvante Relacionado ao:
9857022	Cinto elástico	Plástico, elástico e algodão	Segurança
9857021	Filtro	Carvão ativado	Segurança
9857023	Desodorizante	Solução lubrificante e desodorizante	Segurança
9776002	Placa 10x10 cm	CMC, estireno-isopreno "blockpolymer" e dióxido de titânio	Proteção
9857003	Placa 20x20 cm		Proteção
9776005	Hidrocolóide em pasta	Gelatina, Pectina, gelatina e poliisbutileno	Proteção

		em veículo alcoólico	
9776012	Hidrocolóide em forma de blister	CMC sódica, pectina, gelatina e óxido de zinco	Proteção
9857066	Hidocolóide em forma de Anel	CMC sódica, pectina, Gelatina	Proteção
9776004	Hidrocolóide em pó	CMC sódica, pectina, Gelatina	Proteção

Tabela 3: Características dos adjuvantes padronizados pela SES-SC ^{11,16-19,21}.

Padronizado pela SES-SC o cinto elástico é indicado para aumentar ou manter o desempenho e a convexidade da base adesiva do dispositivo coletor¹. Ele pode proporcionar maior segurança aos pacientes que fazem atividade física, que apresentam abdome globoso e flácido, e estoma mal localizado, sendo também indicado para paciente com estoma plano e retraído^{3, 15}. Recomenda-se a monitoração do grau de fixação já que, quando aumentada, pode produzir lesões de pele por fricção ou pressão no perístoma e ou contornos do abdome¹⁵.

Relacionado ao conforto, o desodorizante e o filtro, possuem funções semelhantes; o primeiro tem na formulação componentes com capacidade de destruir moléculas que causam odor e que lubrifiquem a bolsa coletora para que ela não colabe após a higiene^{15,18}, já o segundo pode vir acompanhando a bolsa coletora ou avulso e ser adaptado a ela¹⁷, está indicado para eliminar gases retidos na bolsa coletora, sem odor¹⁵.

Quanto à proteção cutânea temos a resina em pasta, tira, anel, pó e em placas de hidocolóide^{15, 17,19, 21}.

A principal diferença entre as resinas em pasta e tira e anel, é que a pasta é maleável justamente por ser composta por polímeros hidrofílicos em veículo alcoólico, mas quando o álcool evapora, perde a característica de moldável, pois enrijece. Já a resina em tira e anel necessitam de destreza manual para ser moldada. São indicadas para o preenchimento das irregularidades cutâneas no perístoma, como dobras, pregas e cicatrizes hipertróficas ou queloides^{3,13,15,16,19,21}, elas também protegem a pele entre o estoma e a base adesiva do dispositivo coletor, local onde com frequência é observada complicações, além de melhorar a adesividade e o desempenho da base adesiva prevenindo as infiltrações dos efluentes e diminuindo as lesões dermatológicas no perístoma¹⁵.

A barreira protetora de resina em pó é composta de hidrocoloides que absorvem a unidade da pele onde fica aderida, age na regeneração do tecido perístoma promovendo uma camada protetora, contribuindo para melhorar a adesividade e a durabilidade do sistema coletor^{15,19}.


A placa protetora de pele é utilizada principalmente nas lesões de pele perístoma e perifistula^{1, 2,16}, serve de suporte para a fixação da base adesiva do equipamento coletor, especialmente quando a área lesada for extensa¹⁵.

A irrigação assim como o oclisor/obturador de colostomia, é de indicação médica, mas o enfermeiro é responsável pelo treinamento do paciente¹⁵.

Código do mat.	Tipo de material	Composição
Adj. para controle intestinal SES-SC		
9857024	Manga coletora para	Plástico resistente, atóxico, hipoalérgico e transparente.
9857043	Conjunto para irrigação:	Bolsa irrigadora, manga drenável, tubo de extensão com válvula para controle do fluxo, escala para controle de infusão, extremidade cônica, flange compatível ao aro avulso de 50 mm, cinto elástico.
9776013	Oclisor/obturador	Resina sintética espuma de poliuretano.

Tabela 4: Adjuvantes para controle intestinal ^{11,17}.

São utilizados para fazer o controle programado das eliminações intestinais, diminuindo a liberação de gases, ruído e odores. A irrigação consiste na lavagem mecânica do intestino, feito pelo estoma, em que é infundido, um volume de líquido que varia entre 500-1500 ml, normalmente água, à temperatura do corpo, a cada 24, 48 e 72 horas, estimulando a peristalse intestinal e conseqüentemente o esvaziamento do conteúdo fecal. Está indicada para pacientes com colostomia à esquerda, em cólon descendente e sigmoide, estoma terminal e preferencialmente definitivo^{15,31-32}. É contraindicado em doenças intestinais como retocolite, doença de Crohn, diverticulite ou câncer, ou doenças gerais como cardíacas e renais associadas³³.



As contraindicações relativas, que devem ter avaliação especializada, podem ser as relacionadas: ao estoma, à pele perístoma, ao tratamento e ao paciente. Ao estoma: o prolapso, retração, estenosa e hérnias paraestomais, à pele perístoma: as dermatites, ao tratamento: radio e quimioterapia, e ao paciente: a incapacidade para o autocuidado como deficiência mental e visual, idade avançada, alterações osteoarticular graves entre outras¹⁵.

O oclisor/ obturador é utilizado pós-irrigação intestinal e por paciente com até 3 eliminações de fezes pastosa e sólida por dia, que possua colostomia terminal, sem complicações, com diâmetro entre 20 mm e 45 mm, protrusão de até 25 mm e que tenha condições de realizar seu autocuidado^{15,17}.

Observe-se com esta discussão que a prevalência do tipo de bolsa coletora padronizada pela SES-SUR-SC é de uma peça 67,70 % (21), com base adesiva plana 80,60 % (25), aberta 80,60% (25), sem suporte adesivo 64,50% e carvão ativado 52% (13)¹¹, este perfil é indicado para pacientes com colostomias e ileostomia, com estomas protrusos, ou com baixo perfil, mas localizado em perístoma de boa qualidade¹⁵. Embora as bases adesivas convexas, de uma ou duas peças, não sejam as mais padronizadas, elas são de suma importância, pois são indicadas, sobretudo em estomas e peristomas complexos no controle de infiltrações de efluentes e odores e para prevenir alterações dermatológicas no perístoma.

Os dados encontrados ratificam a padronização adequada de dispositivos de estomias para as indicações clínicas encontrada na literatura, exceto para as derivações urinárias, em casos de estomas planos e retraídos ou localizados em perístoma de baixa qualidade, quando há necessidade do uso da convexidade e bolsa coletora com sistema antirrefluxo compatível^{11,13,15,23}. A base adesiva convexa padronizada com este perfil contempla apenas estomas entre 33 e 45 mm de diâmetro^{11,16}.

Esta análise demonstra a grande importância do acompanhamento e da avaliação clínica do paciente, especialmente na hora de adaptar o dispositivo coletor, em supina, nas posições deitada, sentada, em pé e fletida avaliando a dinâmica abdominal²⁷⁻³⁰. Embora a maioria dos dispositivos de estomia padronizados não seja de última geração^{11,16-21}, quando prescrito com responsabilidade, associados aos adjuvantes de proteção, segurança e controle intestinal, são adaptados com eficiência à pele, possibilitando a reabilitação.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a indicação do dispositivo para estomia exige conhecimento altamente qualificado, pois são muitos os aspectos relacionados ao dispositivo, estoma, perístoma, tônus muscular, doença de base, complicações e tempo de evolução do pós-operatório, habilidade física e mental do paciente e ou cuidador, tipo de atividade realizada entre outros a ser considerados que sustentam o processo de reabilitação no momento da indicação. Entretanto faltam estudos baseados em evidências, e estes, deveriam fazer parte do processo de cuidado e serem estimulados pelas instituições públicas e privadas seja na assistência ou de tecnologia da área.

REFERÊNCIAS

1. Collet, JA. et al. Bolsas coletoras utilizados por estomizados: uma análise tridimensional. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/det/index.php/det/article/view/348/166>>. Acesso em: 10 out. 2017.
2. CESARETTI IUR, SANTOS VLGC. EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA NO DECORRER DE SUA HISTORIA. IN: SANTOS, VLGC; CESARETTI, IUR. ASSISTÊNCIA EM ESTOMATERAPIA: CUIDANDO DE PESSOAS COM ESTOMIAS. 2. ED. SÃO PAULO: ATHENEU, 2015.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PRINCÍPIOS PARA O CUIDADO DOMICILIAR POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE. BELO HORIZONTE: 2013. DISPONÍVEL EM: <<HTTP://WWW.UNASUS.GOV.BR>>. ACESSO EM: 15 FEV. 2017.
4. Historia da Coloplast. Disponível em: <<http://www.abraso.org.br/abraso-25anos.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2017.
5. Martins, ML. et al. Trajetória do grupo de apoio à pessoa ostomizada: projetando ações em saúde e compartilhando vivências e saberes. Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v. 14, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/tce/v14n4/a17v14n4.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DE SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DIÁRIO OFICIAL DA

¹ Enfermeira. Secretaria de saúde do Município de Blumenau – SC, Brasil.

² Professor Me Enfº ET. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

UNIÃO DE 20 DE SETEMBRO DE 1990, BRASÍLIA, DF, 1990.

7. Yamada, BFA. et al. Proposta de Portaria Ministerial Política Nacional de Saúde das Pessoas com Estomas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/.../gt_rol_2013_2a_18_reunião_proposta_portaria_Abraso_Sobest.p>. Acesso em: 05 out. 2017.

8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DECRETO 5.296 DE 2 DEZEMBRO 2004. REGULAMENTA A LEI NO 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000, QUE DÁ PRIORIDADE DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS QUE ESPECIFICA, E LEI Nº 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000, QUE ESTABELECE NORMAS GERAIS E CRITÉRIOS BÁSICOS PARA A PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 03 DEZ 2004.

9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA MS Nº 400 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009. ESTABELECE DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, A SEREM OBSERVADAS EM TODAS AS UNIDADES FEDERADAS, RESPEITANDO AS COMPETÊNCIAS

DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 18 DE NOVEMBRO DE 2009, BRASÍLIA, DF, 2009.

10. SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. DELIBERAÇÃO 493/CIB/10: APROVA A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS AOS OSTOMIZADOS DE SANTA CATARINA E OS CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS. FLORIANÓPOLIS, 09 DE DEZEMBRO DE 2010. DISPONÍVEL EM: <HTTP://PORTALSES.SAUDE.SC.GOV.BR/INDEX.PHP=COM_DOCMAN&TASK=CAT_VIEW&GID=244&EM=50&ORDER=HITS&DIR=DESC&ITEMID=85>. ACESSO: 12 JAN. 2017.

11. SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. SERVIÇO DE OSTOMIZADOS. EQUIPAMENTOS PARA ESTOMAS INTESTINAIS E URINÁRIO FORNECIDOS PELA SES/SC. DISPONÍVEL: <HTTP://PORTALSES.SAUDE.SC.GOV.BR/INDEX.PHP=COM_DOCMAN&TASK=CAT_VIEW&GID=244&EM=50&ORDER=HITS&DIR=DESC&ITEMID=85>. ACESSO: 12 JAN. 2017.

12. Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina. Deliberação 213/CIB/17: Aprova as Diretrizes Para Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea do Estado de Santa Catarina, Os formulários padronizados pelo Serviço Estadual, constante nos Anexos I a IV das diretrizes, retifica a Deliberação CIB/SC Nº 493/2010 habilitação dos Serviços, que ocorrerão a partir do que preconiza a Portaria nº793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do sistema Único de Saúde Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php=com_docman&task=cat_view&gid=244&em=50&order=hits&dir=DESC&Itemid=85>. Acesso: 29 nov. 2017.
13. DOMANSKY RC. OSTOMIAS: CONHECENDO A COMPOSIÇÃO DAS BARREIRAS PROTETORAS DE PELE. REVISTA ESTIMA, V. 1, N. 2, P. 6-19, 2003.
14. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA: ESTOMIAS, FERIDAS E INCONTINÊNCIAS. SOBEST. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DAS CARACTERÍSTICAS DOS EQUIPAMENTOS E ADJUVANTES PARA ESTOMIAS. REVISTA ESTIMA, V. 4, N. 4, P. 40-3, 2006.
15. CESARETTI IUR, SILVEIRA NI, RICARTE MC, D'ÁVILA ES. TECNOLOGIA NO CUIDAR DE PESSOAS COM ESTOMIA. IN: SANTOS, VLGC; CESARETTI, IUR. ASSISTÊNCIA EM ESTOMATERAPIA: CUIDANDO DE PESSOAS COM ESTOMIAS. 2. ED. SÃO PAULO: ATHENEU, 2015.
16. EMPRESA CONVATEC LTDA. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.CONVATEC.COM.BR](http://www.convatec.com.br)>. ACESSO: 14 JAN. 2017.
17. EMPRESA COLOPLAST DO BRASIL LTDA. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.COLOPLAST.COM.BR](http://www.coloplast.com.br)>. ACESSO: 14 JAN. 2017.
18. EMPRESA CASEX LTDA. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.CASEX.COM.BR](http://www.casex.com.br)>. ACESSO: 14 JAN. 2017.
19. EMPRESA HOLLISTER LTDA. DISPONÍVEL EM: <[HTTPS://WWW.HOLLISTER.COM/BR/AZIL/FILES/PDFS/PRODCAT.PDF](https://www.hollister.com/br/azil/files/pdfs/prodcat.pdf)>. ACESSO: 15 JAN. 2017.
20. EMPRESA B. BRAUN BRASIL|OPM. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.BBRAUN.COM.BR/DO CUMENTS/STOMA_CARE_4.PDF](http://www.bb Braun.com.br/documents/stoma_care_4.pdf)>.

ACESSO: 5 JAN. 2017.

21. EMPRESA SALTS HEALTHCARE LTDA. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.SANTEMEDICAL.COM/ WP-CONTENT/UPLOADS/2016/04/NOVOGUIADEPRODUTOS-WEB.PDF](http://www.santemedical.com/wp-content/uploads/2016/04/NOVOGUIADEPRODUTOS-WEB.PDF)>.

ACESSO: 15 JAN. 2017.

22. CHIMENTÃO DMN, DOMANSKI, RC. PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE ASSOCIADAS À UMIDADE. IN: DOMANSKI RC, BORGES EB. MANUAL PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE. 2 ED. RIO DE JANEIRO: RUBIO, 2014.

23. ROSSETO MAAM, D'ÀVILA ES. RELATO DE CASO COMPLICAÇÕES DO ESTOMA URINÁRIO, PREVENÇÃO COM USO DE PASTA DE RESINA SINTÉTICA À BASE DE HIDROCOLÓIDE. REVISTA ESTIMA, V. 4, N. 1, 2006. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.REVISTAESTIMA.COM.BR/ÍNDIX.PHP/ARTICLE/VIEW/180](http://www.revistaestima.com.br/index.php/article/view/180)> . ACESSO: 25 NOV. 2016.

24. SCHMIDT FMQ, HANATE C. COMPLICAÇÕES PRECOSES E TARDIAS NAS ESTOMIAS URINÁRIAS E PELE PERISTOMIA. IN: SANTOS

VLCG, CESARETTI IUR. ASSISTÊNCIA EM ESTOMATERAPIA: CUIDANDO DE PESSOAS COM ESTOMIAS. 2. ED. SÃO PAULO: ATHENEU, 2015.

25. PAULA MAB, CESARETTI IUR. CUIDANDO DE PESSOAS COM COMPLICAÇÃO NAS ESTOMIAS INTESTINÁIS E PELE PERISTOMA. IN: SANTOS, VLCG; CESARETTI, IUR. ASSISTÊNCIA EM ESTOMATERAPIA: CUIDANDO DE PESSOAS COM ESTOMIAS. 2. ED. SÃO PAULO: ATHENEU, 2015

26. COLWELL, JC. ET AL. PERISTOMAL-MOISTURE ASSOCIATED DERMATITIS AND PERIWOUND MOISTURE-ASSOCIATED DEMATITES-A CONSENSUS. J WOUND OSTOMY NURS, V. 38, N. 5, P. 541-53, 2011. DISPONÍVEL EM: <[HTTPS://WWW.RESEARCHGATE.NET/PUBLICATION/51601937](https://www.researchgate.net/publication/51601937)>. ACESSO: 02 OUT. 2016.

27. HOEFLOK J, KITTSCHA J, PURNELL P. USE CONVEXITY IN POUCHING: WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE. NURSES SOCIETY, V. 40, N. 5, P. 506-512, 2013.

28. ROLSTAD BS, BEAVES C. 2006

UPDATE: PRINCIPLES AND TECHNIQUES IN THE USE OF CONVEXITY. OSTOMY/WOUND MANAGEMENT, 2006. DISPONÍVEL EM:

<[HTTP://WWW.WEBWOCNURSE.COM /PORTALS/.../CONVEXITY2006](http://www.webwocnurse.com/portals/.../convexity2006)>.

ACESSO: 19 NOV. 2016.

29. HOEFLOK J, SALVADALENA G, ET AL. USE OF CONVEXITY IN ESTOME CARE. J WOUND OSTOMY NURS, V. 44, N. 1, P. 55-62, 2017. DISPONÍVEL EM:

<[HTTPS:WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/P MC/ARTICLES/PMC5266410/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266410/)>. ACESSO:

02 OUT. 2017.

30. Bourke R. et al. Convexidade faz sentido. Revista Estima; v. 4, n. 4, p. 44-46, 2006.

31. Cesaretti IUR, Santos VLG, Shiffan SS, Vinna LAC. Irrigação da colostomia: revisão acerca de alguns aspectos técnicos.

Revista Paulista de Enfermagem, v. 21 n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttex&pid=s0103-21002008000200017>. Acesso em: 17 nov. 2016.

32. SANTOS VLCG, CESARETTI IUR, LIMA TG. MÉTODO DE CONTROLE INTESTINAL PARA PESSOAS COLOSTOMIZADS: IRRIGAÇÃO E OCLUSOR/OBTURADOR DE COLOSTOMIA. IN: SANTOS, VLCG; CESARETTI, IUR. ASSISTÊNCIA EM ESTOMATERAPIA: CUIDANDO DE PESSOAS COM ESTOMIAS. 2. ED. SÃO PAULO: ATHENEU, 2015.

33. SCWARTZ MP. ESTOMIAS. IN: SILVA RCL, FIGUEIREDO NMA, MEIRELES IB. FERIDAS: FUNDAMENTOS E ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM. 2. ED. SÃO CAETANO DO SUL: YENDIS, 2008.