

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA

TALISSA GOMES SILVA DE SOUZA

PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA
EM PACIENTE PEDIÁTRICO

UBERLÂNDIA
2026

TALISSA GOMES SILVA DE SOUZA

PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA
EM PACIENTE PEDIÁTRICO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de
Uberlândia como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Pediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Palmer Barros

UBERLÂNDIA
2026

RESUMO

A gastrostomia é um recurso amplamente utilizado para garantir suporte nutricional adequado em crianças com ingestão oral insuficiente ou insegura, especialmente na presença de doenças neurológicas, síndromes genéticas, distúrbios da deglutição e condições crônicas complexas. A ausência de fluxos assistenciais bem definidos pode resultar em atrasos na indicação, desigualdade de acesso ao procedimento e piores desfechos clínicos, nutricionais e psicossociais, tornando necessária a organização de protocolos institucionais baseados em evidências. **Objetivo:** visa fundamentar e normatizar um protocolo institucional para inserção de gastrostomia em pacientes pediátricos, garantindo acesso oportuno e adequado ao procedimento, conforme a necessidade clínica e nutricional da criança. **Metodologia:** consistiu em uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir de buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e na plataforma UpToDate, utilizando descritores controlados e termos livres derivados dos DeCS/MeSH, combinados por operadores booleanos, contemplando publicações dos últimos dez anos. Foram incluídos artigos originais, revisões narrativas e sistemáticas, consensos e diretrizes clínicas relacionados à gastrostomia em pediatria, publicados em português, inglês ou espanhol, sendo excluídos estudos duplicados, não relacionados ao tema ou com foco exclusivo em população adulta. Os dados foram analisados de forma descritiva, organizados por eixos temáticos. **Resultados:** demonstram consenso quanto às principais indicações da gastrostomia pediátrica, agrupadas em ingestão oral insegura e ingestão oral insuficiente, e reforçam a importância da avaliação multiprofissional e da participação ativa da família no processo decisório. A gastrostomia endoscópica percutânea é descrita como técnica de primeira escolha na maioria dos casos, associada a bons desfechos clínicos e baixa morbidade, enquanto a organização de fluxos assistenciais com definição de critérios de prioridade contribui para acesso oportuno, equidade no cuidado, melhora do estado nutricional e redução de complicações. **Conclusão:** gastrostomia pediátrica, quando indicada de forma criteriosa e inserida em um protocolo estruturado, constitui estratégia segura e eficaz para o suporte nutricional prolongado, promovendo cuidado integral, equânime e alinhado às recomendações atuais, com impacto positivo nos desfechos clínicos, nutricionais e na qualidade de vida das crianças e de seus cuidadores.

Palavras-chave: gastrostomia; nutrição enteral; pediatria; suporte nutricional.

ABSTRACT

Gastrostomy is widely used to ensure adequate nutritional support in children with insufficient or unsafe oral intake, particularly in the presence of neurological disorders, genetic syndromes, swallowing disorders, and complex chronic conditions. The absence of well-defined care pathways may lead to delays in indication, unequal access to the procedure, and poorer clinical, nutritional, and psychosocial outcomes, highlighting the need for evidence-based institutional protocols. **Objective:** This study aims to support and standardize an institutional protocol for gastrostomy placement in pediatric patients, ensuring timely and appropriate access to the procedure according to the child's clinical and nutritional needs. **Methodology:** This study consisted of a narrative literature review conducted through searches in the PubMed/MEDLINE and SciELO databases and the UpToDate platform, using controlled descriptors and free terms derived from DeCS/MeSH, combined with Boolean operators, including publications from the last five to ten years. Original articles, narrative and systematic reviews, consensus statements, and clinical guidelines related to pediatric gastrostomy published in Portuguese, English, or Spanish were included, while duplicate studies, those not related to the topic, or those focused exclusively on adult populations were excluded. Data were analyzed descriptively and organized into thematic axes. **Results:** The findings demonstrate consensus regarding the main indications for pediatric gastrostomy, grouped into unsafe oral intake and insufficient oral intake, and emphasize the importance of multidisciplinary assessment and active family involvement in the decision-making process. Percutaneous endoscopic gastrostomy is described as the first-choice technique in most pediatric cases, associated with favorable clinical outcomes and low morbidity. Additionally, the organization of care pathways with defined priority criteria contributes to timely access, equity of care, improved nutritional status, and reduced complication rates. **Conclusion:** Pediatric gastrostomy, when appropriately indicated and incorporated into a structured protocol, represents a safe and effective strategy for long-term nutritional support, promoting comprehensive and equitable care aligned with current recommendations and resulting in positive clinical and nutritional outcomes, as well as improved quality of life for children and their caregivers.

Keywords: gastrostomy; enteral nutrition; pediatrics; nutritional support.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVO	7
JUSTIFICATIVA	7
METODOLOGIA.....	8
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	10
CONCLUSÃO.....	11
REFERÊNCIAS	12
APENDICE A	14

INTRODUÇÃO

A manutenção do estado nutricional adequado é um dos pilares fundamentais na recuperação e no manejo clínico de pacientes com condições agudas ou crônicas que comprometem a ingestão alimentar por via oral. Em muitos casos, como paralisia cerebral, encefalopatia hipóxico-isquêmica, síndrome de Down, doenças neuromusculares, cardiopatias congênitas, doenças respiratórias crônicas, falha de crescimento/desnutrição, erros inatos do metabolismo, dependência prolongada de sonda enteral, malformações ou obstruções do trato digestivo superior, a via oral se torna inviável ou insegura, exigindo a adoção de estratégias alternativas para garantir a oferta calórica e nutricional necessária à manutenção das funções vitais e à melhora do prognóstico clínico (DELEGGE, 2025).

Nesse contexto, a nutrição enteral por meio de sondas representa uma intervenção amplamente utilizada na prática médica. Inicialmente, costuma-se optar pelas vias nasoenteral devido à facilidade e menor invasividade na inserção (DOYLE et al., 2024). No entanto, tais métodos são considerados temporários e, quando utilizados por longos períodos, estão associados a diversas complicações, como erosões de mucosa nasal, sinusite, refluxo gastroesofágico, broncoaspiração, obstruções e desconforto significativo para o paciente (FRANCO NETO et al., 2021). Diante disso, a indicação da sonda de gastrostomia torna-se uma alternativa segura e mais adequada para o suporte nutricional prolongado.

A gastrostomia, particularmente na forma endoscópica percutânea (GEP), tem se consolidado como um método eficiente, minimamente invasivo e de baixo custo, que permite a infusão direta de nutrientes no estômago, favorecendo maior tolerância, menor risco de aspiração e melhor aceitação por parte dos pacientes e seus cuidadores. De acordo com diretrizes internacionais, a indicação da gastrostomia deve ser considerada quando a previsão de necessidade de nutrição enteral ultrapassa o período de três a seis semanas (HOMAN et al., 2021). Tal medida visa não apenas a otimização do suporte nutricional, mas também a redução de complicações relacionadas ao uso prolongado de sondas de inserção nasal.

Além de seus benefícios clínicos imediatos, a gastrostomia tem impacto direto em desfechos a médio e longo prazo, como a melhoria do estado nutricional, a preservação da massa muscular, a redução da taxa de infecções respiratórias associadas à aspiração, e a maior estabilidade clínica, o que frequentemente permite a desospitalização precoce e o manejo domiciliar do paciente. Isso contribui significativamente para a humanização do cuidado e para a redução de custos hospitalares (HOMAN et al., 2021).

Do ponto de vista psicossocial, a adoção da gastrostomia também pode representar um

melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores, ao possibilitar uma rotina alimentar mais prática, segura e com menos intercorrências. (RIBEIRO et al., 2022). Embora o procedimento envolva certa resistência inicial, principalmente por parte de familiares e cuidadores, estudos têm demonstrado níveis elevados de satisfação após a adaptação ao uso da sonda, especialmente quando o paciente apresenta evolução clínica estável e autonomia preservada em outras atividades.

Diversas evidências científicas disponíveis na literatura reforçam os efeitos positivos da gastrostomia nas dimensões física, funcional e emocional, além de ressaltarem a importância da atuação multiprofissional no processo de indicação, colocação e manejo da sonda (GLASSON et al., 2018). A adequada avaliação nutricional, médica, fonoaudiológica e equipe de enfermagem, assim como o suporte psicológico, são componentes essenciais para o sucesso dessa intervenção.

Dessa forma, a gastrostomia não deve ser compreendida apenas como uma medida técnica de suporte alimentar, mas como uma estratégia terapêutica ampla, com impactos significativos na evolução clínica, na qualidade de vida e na dignidade do cuidado prestado a pacientes em situação de vulnerabilidade nutricional prolongada.

OBJETIVO

O protocolo para inserção de gastrostomia em pacientes pediátricos visa fundamentar e normatizar um protocolo institucional para inserção de gastrostomia em pacientes pediátricos, garantindo acesso oportuno e adequado ao procedimento, conforme a necessidade clínica e nutricional da criança. A utilização de um fluxograma organizado permite o direcionamento dos pacientes da rede básica de saúde para o serviço terciário de referência e estabelece critérios de prioridade, assegurando que aqueles em maior risco tenham acesso mais rápido, enquanto os demais são acompanhados até o momento adequado da indicação. Dessa forma, promove-se equidade, integralidade do cuidado e melhores desfechos clínicos.

JUSTIFICATIVA

A implementação de um fluxo estruturado para indicação e seguimento da gastrostomia pediátrica é essencial para garantir acesso oportuno, adequado e de qualidade ao procedimento, assegurando que a criança seja submetida à gastrostomia no momento correto, conforme sua necessidade clínica e nutricional. A organização do fluxo assistencial, por meio de um

fluxograma padronizado, favorece o encaminhamento eficiente entre os diferentes níveis de atenção, reduzindo atrasos e falhas no processo assistencial.

A definição de critérios objetivos de prioridade contribui para a identificação precoce de pacientes com maior risco clínico, promovendo equidade no acesso e assegurando atendimento proporcional à complexidade da condição. Além disso, a clara delimitação dos papéis da atenção primária e do serviço terciário, bem como das atribuições dos profissionais envolvidos — médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos — fortalece o cuidado multiprofissional e qualifica o processo decisório.

Dessa forma, a sistematização do cuidado favorece a integralidade da assistência, otimiza o tempo de indicação do procedimento e contribui para melhores desfechos clínicos, nutricionais e psicossociais, com impacto positivo na qualidade de vida da criança e de seus cuidadores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com foco na gastrostomia em pediatria, realizada a partir da análise de evidências científicas publicadas nos últimos 10 anos. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases PubMed/MEDLINE e SciELO, com consulta complementar à plataforma UpToDate, para identificação de recomendações clínicas baseadas em evidências.

Foram utilizados descritores controlados e termos livres (MeSH/DeCS), combinados por operadores booleanos (AND/OR), incluindo os termos “gastrostomy”, “gastrostomy tube”, “percutaneous endoscopic gastrostomy”, “PEG”, “enteral nutrition”, “pediatrics”, “child” e “infant”. As estratégias de busca foram adaptadas às especificidades de cada base.

Foram incluídos artigos originais, revisões, diretrizes e consensos relacionados à gastrostomia na população pediátrica, publicados em português, inglês ou espanhol, no período estabelecido. Foram excluídos estudos duplicados, publicações não relacionadas ao tema e trabalhos com foco exclusivo em população adulta.

A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura de títulos, resumos e textos completos, e os dados foram analisados de forma descritiva, organizados por eixos temáticos, contemplando indicações, técnica, seguimento e desfechos clínicos e nutricionais.

RESULTADOS

Como produto deste trabalho, foi elaborado e estruturado um Protocolo Institucional de Indicação, Acesso e Seguimento da Gastrostomia Pediátrica, com o objetivo de organizar o fluxo assistencial, padronizar condutas clínicas e qualificar o acesso ao procedimento em serviço terciário de referência.

O protocolo sistematizou conceitos operacionais e definiu objetivos assistenciais voltados à garantia de acesso oportuno, equidade no atendimento, priorização de pacientes de maior risco clínico e nutricional e promoção da integralidade do cuidado. Foram estabelecidos critérios clínicos de inclusão e exclusão, organizando as indicações de gastrostomia em dois eixos principais: ingestão oral insegura e ingestão oral insuficiente, contemplando diferentes condições neurológicas, genéticas, metabólicas, gastrointestinais, pulmonares, renais e oncológicas.

Foram definidas contraindicações absolutas e relativas, permitindo avaliação individualizada do risco-benefício do procedimento. O protocolo também delimitou de forma objetiva as responsabilidades multiprofissionais, envolvendo medicina, nutrição, farmácia, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia e serviço social, reforçando a decisão compartilhada com a família.

No que se refere à organização do acesso, foi estruturado um fluxo de encaminhamento ambulatorial da rede básica ao serviço terciário, com centralização da avaliação no Ambulatório de Pré-Procedimentos da Endoscopia Pediátrica. Foram instituídos critérios de classificação de prioridade (alta e intermediária), permitindo ordenação transparente dos encaminhamentos e atendimento preferencial dos pacientes em maior risco.

O protocolo padronizou os cuidados pré-operatórios, descreveu as principais técnicas de inserção da gastrostomia disponíveis no serviço (endoscópica percutânea, laparoscópica e por laparotomia) e sistematizou os tipos de dispositivos utilizados, bem como critérios técnicos para sua escolha.

Adicionalmente, foram organizadas as situações de urgência e emergência relacionadas à gastrostomia, os exames complementares necessários à avaliação e o seguimento endoscópico para a primeira troca do dispositivo, com definição de intervalo recomendado e oferta de agenda regulada.

Por fim, o protocolo estruturou critérios para interconsultas especializadas e o processo de contrarreferência, assegurando continuidade do cuidado e integração com a rede de atenção à saúde após a alta hospitalar.

DISCUSSÃO

Os achados da literatura analisada corroboram a relevância da organização de fluxos assistenciais estruturados para a indicação e o seguimento da gastrostomia pediátrica, especialmente em serviços de alta complexidade, como o HC-UFU/EBSERH. A sistematização proposta no fluxo institucional encontra respaldo nas evidências atuais, ao alinhar critérios clínicos, nutricionais e multiprofissionais para tomada de decisão, promovendo cuidado seguro, oportuno e equânime.

A divisão das indicações de gastrostomia em ingestão oral insegura e ingestão oral insuficiente, adotada pelo protocolo, reflete de forma consistente o que é descrito na literatura internacional e nacional. Estudos recentes apontam que crianças com distúrbios neurológicos, síndromes genéticas, doenças neuromusculares e malformações orofaciais apresentam maior risco de aspiração e comprometimento nutricional, reforçando a necessidade de uma via alternativa de alimentação quando a via oral não é segura ou eficaz (FRANCO NETO et al., 2021). Dessa forma, o protocolo institucional permite identificar precocemente esses pacientes e direcioná-los de maneira adequada para avaliação especializada.

A exigência de avaliação multiprofissional prévia, prevista em protocolos, também é amplamente sustentada pelas evidências. A literatura destaca que a participação integrada de medicina, nutrição, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e serviço social melhora a qualidade da indicação, favorece o esclarecimento familiar e reduz taxas de complicações e de abandono do seguimento (HOMAN et al., 2021). Nesse contexto, o fluxo institucional fortalece a tomada de decisão compartilhada, respeitando aspectos clínicos, emocionais e sociais do paciente e de sua família.

Outro ponto relevante é a definição de critérios de prioridade clínica, com estratificação em níveis de risco, conforme incorporado no protocolo. A literatura demonstra que pacientes com desnutrição grave, impossibilidade total de alimentação oral ou risco metabólico iminente apresentam piores desfechos quando há atraso na intervenção (BITAR et al., 2023). Assim, a classificação por prioridades contribui para a racionalização do acesso ao procedimento,

garantindo atendimento preferencial aos casos mais graves e promovendo equidade dentro do sistema de saúde.

Em relação às técnicas de inserção, a predominância da gastrostomia endoscópica percutânea como método de escolha no fluxo institucional está em consonância com as evidências, que apontam essa técnica como segura, eficaz e associada a menor morbidade em comparação às abordagens cirúrgicas abertas (BITAR et al., 2023). A previsão de alternativas, como laparoscopia ou laparotomia, em situações específicas, demonstra alinhamento com recomendações atuais que preconizam individualização da técnica conforme as condições clínicas e anatômicas do paciente.

A padronização do seguimento ambulatorial, incluindo a avaliação no Ambulatório de Pré-Procedimentos da Endoscopia Pediátrica e a organização do retorno para a primeira troca do dispositivo, também encontra respaldo na literatura. Estudos ressaltam que o acompanhamento estruturado após a gastrostomia reduz complicações tardias, melhora o manejo do estoma e favorece a transição para dispositivos de perfil baixo, como o botão de gastrostomia, amplamente associado a maior conforto e melhor aceitação familiar (HOMAN et al., 2021).

Por fim, a definição clara de critérios para atendimento de urgência/emergência, bem como de contrarreferência para a rede de origem, fortalece a continuidade do cuidado, aspecto destacado nos estudos analisados como essencial para bons desfechos clínicos e nutricionais. Dessa forma, o fluxo do protocolo realizado se mostra consistente com as evidências científicas atuais, configurando-se como uma estratégia eficaz para qualificar o cuidado à criança com necessidade de gastrostomia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

O fluxo assistencial em forma de protocolo institucional ao integrar avaliação multiprofissional, critérios de prioridade, definição técnica e organização do seguimento, mostra-se alinhado às recomendações atuais da literatura, contribuindo para acesso oportuno, equidade no cuidado e melhores desfechos clínicos e nutricionais, além de favorecer a qualidade de vida das crianças e de seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. BITAR, Rana et al. Advances and challenges of gastrostomy insertion in children. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, [S. l.], v. 15, n. 9, p. 1871–1878, set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i9.1871>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Relatório de recomendação nº 617: sonda botão para gastrostomia em crianças e adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/relatorios/2021/relatorio_recomendacao_617_sonda_botao_gastrostomia.pdf. Acesso em: 11 dez. 2025.
3. DELEGGE, Mark H. Gastrostomy tubes: placement and routine care. UpToDate, Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2025. Atualizado em 16 out. 2025. Revisão da literatura até dez. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>>. Acesso em: _jan. 2026.
4. DOYLE, Carmel et al. Blended feeding in gastrostomy-fed children: a scoping review. *Child: Care, Health and Development*, [S. l.], v. 50, e13222, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.13222>.
5. FRANCO NETO, José Antônio et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescents: 15 years' experience of a tertiary center. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 281–288, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-49>.
6. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Principais questões sobre gastrostomia na atenção pediátrica. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro, 2 mar. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 11 dez. 2025.
7. FUGAZZA, Alessandro et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy: indications and techniques. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, [S. l.], v. 14, n. 5, p. 250–266, 16 maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.4253/wjge.v14.i5.250>.
8. GLASSON, Emma J. et al. Evolving trends of gastrostomy insertion within a pediatric population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, [S. l.], v. 67, n. 5, p. 687–692, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002042>.
9. HOMAN, Matjaz et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy in children: an update to the ESPGHAN position paper. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, [S. l.], v. 73, n. 3, p. 415–426, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002042>.
10. RIBEIRO, Ana Paula Leite Prado et al. Home care for children with gastrostomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, supl. 2, e20200699, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0699>.

11. SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO JR., W.; TIRAPELLI, L. F.; CASTRO E SILVA JR., O. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 39–50, 2011. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>. Acesso em: 17 dez. 2025.
12. VOLPE, Paula; DOMENE, Carlos Eduardo; SANTO, Marco Aurélio; CECCONELLO, Ivan. Gastrostomia e jejunostomia videoassistidas com dois portais: simplificação técnica e resultados clínicos. *ABCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 57–60, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000100015>.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

APENDICE A – PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

SUMÁRIO

1	SIGLAS E CONCEITOS.....	16
2	OBJETIVOS	16
3	JUSTIFICATIVAS	16
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	17
4.1	Critérios de inclusão	17
4.2	Critérios de exclusão	17
4.2.1	4.2.1 Contraindicações absolutas:	17
4.2.2	4.2.2 Contraindicações relativas	17
5	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	18
6	INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA.....	19
6.1	Ingestão oral considerada insegura com necessidade de suporte nutricional	
6.2	Ingestão oral considerada insuficiente para suprir as demandas nutricionais	
7	ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAL DA REDE BÁSICA DE SAÚDE PARA O HC-UFG EBSERH PARA AVALIAÇÃO E REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GASTROSTOMIA PEDIÁTRICA	20
7.1	Prioridade Vermelha	20
7.2	Prioridade Intermediária.....	21
8	CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIOS.....	21
9	TÉCNICAS E DISPOSITIVOS PARA GASTROSTOMIA.....	22
9.1	Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP)	22
9.2	Tipos de dispositivos.....	24
9.2.1	Modelo <i>Botton (A)</i> e <i>Tubo (B)</i>	24
9.3	Escolha do dispositivo	25

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

10	SITUAÇÕES QUE DEMANDAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO)...	26
10.1	Complicações que configuram risco imediato e devem levar o paciente a procurar o pronto-socorro sem demora.	26
10.1.1	Complicações locais.....	26
10.1.2	Complicações digestivas	26
10.1.3	Complicações sistêmicas	26
10.1.4	Situações mecânicas	27
11	EXAMES COMPLEMENTARES À CONSULTA	27
12	RETORNOS ENDOSCÓPICOS PARA PRIMEIRA TROCA DA Sonda DE GASTROSTOMIA	27
13	INTERCONSULTAS	28
13.1	Situações clínicas que exigem avaliação médica especializada com o gastropediatra.....	28
13.2	Situações técnicas que exigem avaliação de enfermagem especializada.....	28
13.3	Situações clínicas que exigem avaliação nutricional especializada	28
14	CONTRARREFERÊNCIA	28
15	FLUXOGRAMA.....	29
16	REFERÊNCIAS	30
	ANEXO 1.....	32
	ANEXO 2.....	33
	ANEXO 3.....	36

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1 SIGLAS E CONCEITOS

Protocolo de Acesso: são diretrizes que visam orientar a solicitação e uso adequados e racionais das tecnologias de apoio, diagnóstico e da rede especializada. A utilização de protocolos constitui um importante instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamento, além de contribuir com a gestão do conhecimento e ser determinante na organização das ações de saúde (CONASS, 2016). Cada protocolo de especialidade possui as orientações específicas de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade, incluindo as indicações clínicas para o adequado encaminhamento, dados clínicos necessários para o encaminhamento e exames complementares necessários para cada patologia (SES-SC, 2018).

Gastrostomia (GTT): é um procedimento que cria acesso direto ao estômago, por via cirúrgica ou endoscópica, para inserção de sonda destinada à administração de dieta, líquidos e medicamentos em pacientes com incapacidade de nutrição oral adequada, garantindo suporte nutricional prolongado e seguro.

A gastrostomia é um procedimento indicado para assegurar o suporte nutricional enteral de pacientes que apresentam comprometimento da alimentação oral, seja por insegurança na deglutição ou por ingestão insuficiente para manutenção das necessidades metabólicas e fisiológicas. A indicação para a realização do procedimento pode ser realizada por qualquer médico que esteja diretamente envolvido no acompanhamento clínico do paciente, desde que baseada em avaliação criteriosa e respaldo técnico-científico.

Além disso, deve-se realizar uma avaliação cuidadosa das emoções e crenças de pais e de crianças/adolescentes em relação à gastrostomia. Abordar possíveis barreiras que possam impactar a implementação do procedimento e escolher a melhor técnica e dispositivo para o paciente.

2 OBJETIVOS

- Garantir acesso oportuno e adequado à gastrostomia conforme a necessidade clínica e nutricional da criança.
- Facilitar o direcionamento de pacientes da rede ao serviço terciário de referência.
- Assegurar atendimento rápido aos pacientes em maior risco e acompanhamento adequado aos demais.
- Promover equidade, integralidade do cuidado e melhores desfechos clínicos.

3 JUSTIFICATIVAS

- Acesso oportuno e adequado ao procedimento

Garante que a criança receba a gastrostomia no momento indicado, conforme a necessidade clínica e nutricional.

- **Organização do fluxo assistencial**

A utilização de fluxograma estruturado facilita o direcionamento dos pacientes da rede de atenção básica ao serviço terciário de referência.

- **Definição de critérios de prioridade**

Estabelece parâmetros objetivos que permitem identificar os pacientes com maior risco clínico, assegurando que sejam atendidos com precedência.

- **Equidade no acesso**

Promove justiça distributiva ao assegurar que todos os pacientes, independentemente da origem, tenham acesso adequado e proporcional à gravidade da condição.

- **Integralidade do cuidado**

Favorece acompanhamento contínuo dos pacientes até o momento ideal da indicação, evitando atrasos ou procedimentos desnecessários.

- **Melhoria dos desfechos clínicos**

A sistematização do processo contribui para redução de complicações, melhor evolução nutricional e maior qualidade de vida para a criança.

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

De maneira geral, as principais indicações para a realização de gastrostomia dividem-se em dois grandes grupos:

- Ingestão oral considerada insegura: pacientes com distúrbios da deglutição, com risco aumentado de aspiração traqueobrônquica e consequente comprometimento pulmonar.
- Ingestão oral considerada insuficiente para suprir as demandas nutricionais: a gastrostomia está indicada quando a alimentação oral, embora segura, é quantitativamente insuficiente para garantir o adequado aporte calórico, proteico e de micronutrientes, resultando em risco ou presença de desnutrição.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.2.1 CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:

- Coagulopatia incorrigível
- Peritonite franca

4.2.2 CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Infecções recentes (especialmente respiratórias, que podem comprometer a segurança do paciente na sedação anestésica)

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Situações em que os riscos do procedimento superam os benéficos em pacientes paliativos
- Distúrbios da coagulação
- Varizes gástricas
- Hipertensão portal
- Ascite
- Dialise peritoneal

4.2.3 CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA REALIZAÇÃO DE GTT VIA ENDOSCÓPICA

- DVP em trajeto de ponto de GTT
- Esofagites ativas
- Cirurgias abdominais prévias
- Cifoescoliose e outras deformidades da coluna espinhal

5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

A indicação da gastrostomia deve ser fruto de uma decisão clínica individualizada, baseada em evidências, e sempre compartilhada com o paciente, familiares e a equipe multiprofissional. Deve-se considerar o prognóstico da doença de base, os objetivos terapêuticos (cura, controle ou cuidados paliativos), a qualidade de vida e a expectativa de benefício do suporte enteral a longo prazo

Área/Profissão	Responsabilidades
Medicina	• Indica e realiza a gastrostomia. • Esclarece sobre a necessidade, indicação e os procedimentos necessários para colocação da Gastrostomia
Nutrição	• Prescreve a nutrição enteral conforme condição clínica e necessidades nutricionais. • Define o cálculo nutricional e volume da dieta • Instrui sobre preparo, manipulação e forma de administração da dieta.
Farmácia	• Avalia a possibilidade de adaptação das medicações para administração segura via GTT. • Orienta a equipe sobre ajustes necessários para medicações por gastrostomia.
Enfermagem	• Administra dieta e medicamentos prescritos. • Realiza orientações sobre cuidados de rotina, higiene, manejo e manutenção da gastrostomia.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Área/Profissão	Responsabilidades
	Realiza a troca de sonda de gastrostomia balonada.
Fonoaudiologia	- Avalia deglutição e risco de disfagia. - Indica a necessidade de via alternativa (sonda) e sugere retorno seguro à via oral.
Psicologia	- Oferece suporte emocional durante a decisão pela GTT ao longo da adaptação e manutenção. - Atua no enfrentamento de medos, inseguranças e expectativas das famílias.
Serviço Social	- Realiza acolhimento e acompanhamento social do paciente e dos responsáveis. - Articula-se ao plano de cuidado para apoiar o acesso a recursos e direitos, favorecendo a continuidade do tratamento.

6 INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA

6.1 INGESTÃO ORAL CONSIDERADA INSEGURA COM NECESSIDADE DE SUPORTE NUTRICIONAL

- Paralisia cerebral
- Doenças neurológicas centrais ou periféricas (Síndromes genéticas que cursam com hipotonia e distúrbio de deglutição, doenças neuromusculares progressivas, síndromes epiléticas de difícil controle)
- Comprometimento cognitivo severo
- Distúrbios estruturais de orofaringe ou esôfago superior
- Malformações orofaciais complexas, que dificultem a alimentação funcional

6.2 INGESTÃO ORAL CONSIDERADA INSUFICIENTE PARA SUPRIR AS DEMANDAS NUTRICIONAIS

- Doenças genéticas e metabólicas com necessidade de dietas específicas ou nutrição contínua/noturna (ex: erros inatos do metabolismo)
- Doenças pulmonares crônicas, como a fibrose cística, com elevado gasto energético e dificuldade alimentar
- Doenças do trato gastrointestinal como doença inflamatória intestinal e eosinofílicas, síndrome do intestino curto e outras síndromes de má absorção, onde ocorre perda da área absorptiva ou restrição da ingesta de nutrientes, com necessidade de compensação por modulação da dieta nutricional
- Neoplasias em qualquer faixa etária, especialmente em tumores de cabeça e pescoço, trato gastrointestinal ou em situações de caquexia oncológica
- Doença renal crônica, em especial na pediatria, onde a alimentação oral pode não atender

à demanda calórico-proteica

- Doenças neuromusculares, nas quais há perda progressiva da força muscular envolvida na alimentação
- Distúrbios alimentares graves, como anorexia nervosa refratária, com comprometimento da saúde física
- Aversão alimentar grave, com implicações nutricionais e desenvolvimento pondero estatural comprometido
- Malformações orofaciais complexas, que dificultem a alimentação funcional

7. ENCAMINHAMENTOS AMBULATORIAL DA REDE BÁSICA DE SAÚDE PARA O HC-UFU EBSERH PARA AVALIAÇÃO E REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE GASTROSTOMIA PEDIÁTRICA

O procedimento de realização de GTT será realizado pela equipe de endoscopia e/ou cirurgia pediátrica em crianças e adolescentes com idade até 12 anos, 11 meses e 29 dias ou até 15 anos, 11 meses e 29 dias se peso inferior ou igual a 35 kg.

Após a avaliação médica e multiprofissional com indicação de gastrostomia, o paciente deve ser encaminhado **ao Ambulatório de Pré-Procedimentos da Endoscopia Pediátrica do HC-UFU EBSERH** para avaliação e programação do procedimento.

As indicações oriundas da Rede Municipal de Saúde, inclusive as feitas por gastroenterologistas pediátricos, devem obrigatoriamente passar pelo Ambulatório de Pré-Procedimentos para avaliação do paciente, solicitação de internação e seguimento do fluxo interno do HC-UFU/EBSERH.

Quando a indicação for feita por pediatra gastroenterologista do Serviço de Gastropediatria do HC-UFU/EBSERH, o encaminhamento ao ambulatório não é necessário. Nesse caso, o gastropediatra assistente solicita a AIH, discute previamente o caso com o endoscopista ou cirurgião responsável e agenda diretamente o procedimento.

No momento do encaminhamento para o Ambulatório de Pré-procedimentos da Endoscopia Pediátrica, o médico deverá definir o grau de prioridade do paciente, de acordo com os critérios abaixo:

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	Próxima revisão:
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	
		Versão:	

Quadro 1 - Critérios de prioridade

COR	Classificação	Descrição
Vermelho	P1	Prioridade Alta
Amarelo	P2	Prioridade Intermediária
Verde	P3	Prioridade Baixa

Quadro 2 - Ordenação dos encaminhamentos ambulatoriais da especialidade de gastroenterologia pediátrica

Motivo de Encaminhamento	Classificação
- Paciente com impossibilidade total de alimentação por via oral. - Paciente com desnutrição grave ou risco iminente - Situações em que há perda rápida de peso ou risco de complicações metabólicas (ex: pacientes oncológicos e portadores de doença renal crônica) - Paciente internado que depende do procedimento para continuidade segura do tratamento. OBS: é fortemente aconselhável que pacientes nestas condições estejam utilizando sonda nasoenteral como via alternativa para o adequado planejamento do procedimento de gastrostomia.	P1
- Paciente com dificuldade progressiva para se alimentar por via oral. - Situações de risco nutricional moderado, ainda com possibilidade parcial de ingestão oral.	P2
Não se aplica	P3

8- CUIDADOS PRÉ OPERATÓRIOS

No momento da internação para realização da gastrostomia (GTT), o paciente deverá ser submetido a avaliação clínica sistematizada. O profissional responsável pela admissão deverá preencher o checklist do anexo 2.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

9- TÉCNICAS E DISPOSITIVOS PARA GASTROSTOMIA

9.1 GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA (GEP)

É um método minimamente invasivo que estabelece acesso direto ao estômago por via percutânea orientada por endoscopia. Permite a instalação segura de dispositivo para suporte nutricional prolongado com menor morbidade em relação às técnicas cirúrgicas.



Figura1: Etapas da colocação de gastrostomia endoscópica percutânea com técnica de tração A: Delimitação do local de punção com auxílio da transiluminação; B: Bloqueio anestésico com lidocaína e verificação da ausência de bolhas na aspiração para evitar interposição intestinal; C: Abertura do ponto de gastrostomia com bisturi; D: Punção com introdução do trocarte; E: Inserção do fio-guia; F: Recuperação endoscópica do fio-guia; G, H, I, J: passagem da sonda pelo fio guia através do esôfago em direção a cavidade gástrica; K: colocação do disco externo para fixação da sonda de gastrostomia; L: Dispositivo posicionado adequadamente ao término do procedimento.

Fonte: acervo pessoal

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

9.2 TIPOS DE DISPOSITIVOS

9.2.1 MODELO *Botton* (A) e *Tubo* (B)

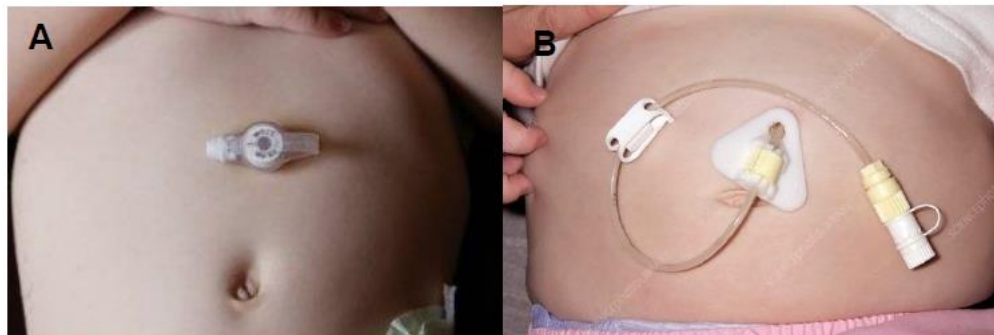


Figura 2: Modelo sonda Tubo e modelo sonda ao nível da pele tipo botão

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (CONITEC), 2021.

9.3 ESCOLHA DO DISPOSITIVO

- Para a escolha do calibre da sonda tipo *Tube* ou *Botton* deve ser considerada idade da criança, o peso, a espessura da parede abdominal, o tipo de dieta e risco de obstrução;
- O comprimento do botão deve ser definido pela mensuração do trajeto da parede abdominal.;
- Os botões estão disponíveis em calibre de 12 a 24 FR e as sondas variam de 9 a 24 FR

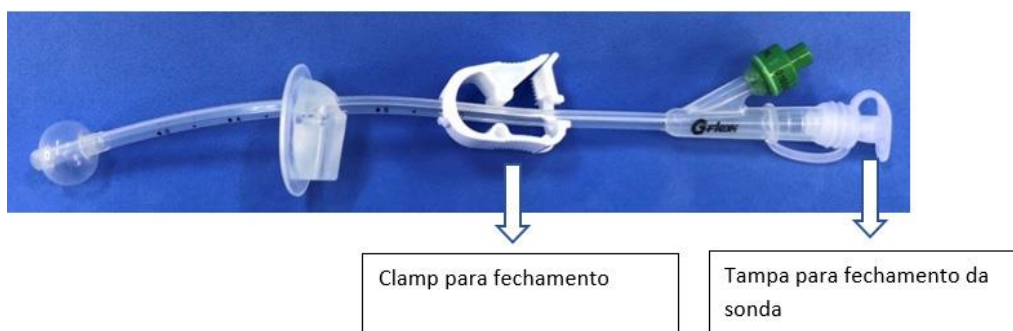


Figura 3: Sonda tipo Tubo balonada

Fonte: gastrostomia.com.br. Disponível em: <https://gastrostomia.com.br>. Acesso em: 06 jan.2026.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	Próxima revisão:
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	
		Versão:	

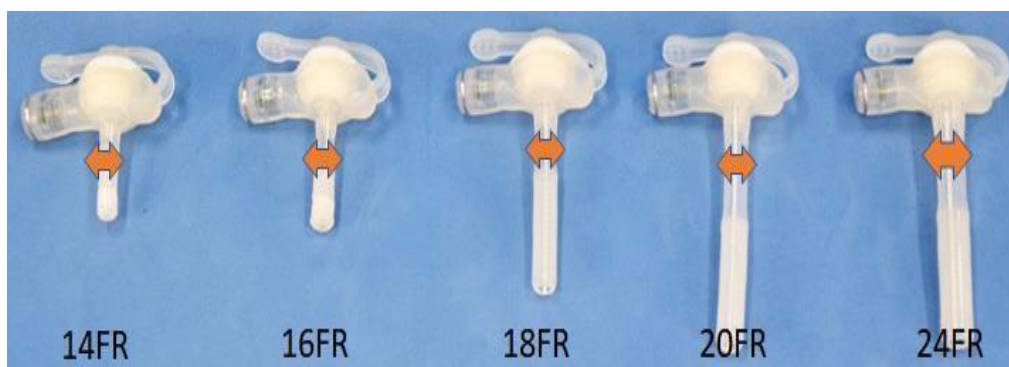
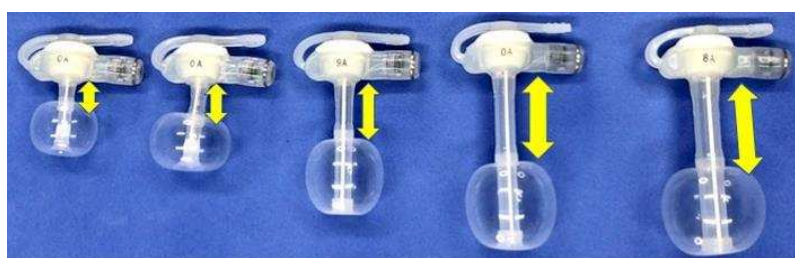


Figura 4: Sondas tipo *Botton* balonadas (medidas do diâmetro)

Fonte: gastrostomia.com.br. Disponível em: <https://gastrostomia.com.br>. Acesso em: 06 jan.2026.



20 mm	25 mm	30 mm	35 mm	40 mm
2 cm	2,5 cm	3 cm	3,5 cm	4 cm

Figura 5: Sondas tipo *Botton* balonadas (medidas do comprimento)

Fonte: gastrostomia.com.br. Disponível em: <https://gastrostomia.com.br>. Acesso em: 06 jan. 2026

10- SITUAÇÕES QUE DEMANDAM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO)

10.1 COMPLICAÇÕES QUE CONFIGURAM RISCO IMEDIATO E DEVEM LEVAR O PACIENTE A

PROCURAR O PRONTO-SOCORRO SEM DEMORA

10.1.1 COMPLICAÇÕES LOCAIS

- **Sangramento ativo** pelo orifício ou em grande volume.
- **Dor abdominal intensa e súbita**, não aliviada por analgésicos usuais.
- **Secreção purulenta, odor fétido, eritema intenso, necrose ou celulite** no local da inserção.
- **Granulação com sangramento persistente** de difícil controle.
- **Síndrome do para-choque enterrado** (*Buried Bumper Syndrome*)

10.1.2 COMPLICAÇÕES DIGESTIVAS

- Vômitos persistentes ou biliosos após a administração de dieta ou medicamentos.
- Distensão abdominal importante acompanhada de dor.
- Saída de dieta ou secreção gástrica em grande quantidade ao redor do orifício (vazamento).

10.1.3 COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

- Febre alta ou sinais de infecção sistêmica (calafrios, mal-estar intenso).
- Sinais de peritonite: dor abdominal difusa, rigidez abdominal, dificuldade para movimentar-se.
- Quadros de choque séptico ou hipovolêmico: palidez, sonolência, pressão baixa, taquicardia, extremidades frias.
- Dificuldade respiratória após administração de dieta (risco de aspiração).

10.1.4 SITUAÇÕES MECÂNICAS

- Obstrução do tubo sem resolução após tentativa de lavagem com água.
- Remoção não planejada do tubo com impossibilidade de recolocação imediata.

11 EXAMES COMPLEMENTARES À CONSULTA

Essenciais*
• Hemograma com plaquetas e provas de coagulação
Eventuais**
• A depender das comorbidades prévias do paciente

* Exames essenciais são aqueles que serão solicitados a todos os pacientes.

** Exames eventuais podem ser solicitados em alguns casos a depender da avaliação clínica.

12 RETORNOS ENDOSCÓPICOS PARA PRIMEIRA TROCA DA Sonda DE GASTROSTOMIA

Após a inserção da gastrostomia com sonda de disco interno, o estoma apresenta maturação média em aproximadamente 6 semanas. A primeira troca do dispositivo deve ser realizada somente mediante nova endoscopia digestiva alta com sedação anestésica, motivo pelo qual o procedimento deve ser programado para o momento em que for realmente necessário. Recomenda-se que a primeira substituição seja realizada, em geral, entre 6 e 12 meses após a realização da GTT considerando a evolução clínica, a integridade do estoma e a avaliação da equipe assistente.

Por meio da Portaria SCTIE/MS nº 70, de 9 de novembro de 2021, foi oficializada a decisão de incorporar a sonda tipo botão para gastrostomia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destinada ao uso em crianças e adolescentes. A disponibilidade do dispositivo na primeira troca, após a maturação do estoma, está na dependência de sua padronização nos Hospitais credenciados ao SUS.

O Setor de Endoscopia Pediátrica do HC-UFU/EBSERH disponibiliza agenda semanal com duas vagas específicas em mapa para agendamento específico via Central de Marcação da Secretária Municipal de Saúde para a primeira troca de gastrostomia em crianças e adolescentes até 12 anos 11 meses e 29 dias.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

13 INTERCONSULTAS

13.1 SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE EXIGEM AVALIAÇÃO MÉDICA ESPECIALIZADA COM

O GASTROPEDIATRA

- Granuloma persistente ou recorrente, especialmente quando associado a sangramento ou dor local.
- Vazamento crônico de dieta ao redor do estoma, mesmo com cuidados adequados, sugerindo mau posicionamento ou problemas de vedação.
- Infecções locais de repetição (celulite ou secreção purulenta frequente).
- Dor abdominal recorrente após as administrações de dieta ou medicamentos.
- Obstrução frequente do tubo, mesmo após lavagens e cuidados adequados.
- Sinais de refluxo gastroesofágico importante ou agravado após a colocação da GTT.
- Dificuldade de ganho pondero estatural apesar do uso adequado da via de gastrostomia.
- Intolerância alimentar persistente (vômitos, diarreia, distensão abdominal) que impeça a progressão da dieta.
- Necessidade de ajuste do tipo de dispositivo (por exemplo, transição para botão de gastrostomia)
- Avaliação para retirada da gastrostomia quando o paciente já apresenta ingesta oral suficiente e adequada.

13.2 SITUAÇÕES TÉCNICAS QUE EXIGEM AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

- Mal posicionamento suspeito do dispositivo ou dúvidas quanto ao funcionamento.
- Dúvidas sobre cronograma de trocas do dispositivo (primeira troca e subsequentes).

13.3 SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE EXIGEM AVALIAÇÃO NUTRICIONAL ESPECIALIZADA

- Orientação sobre adequação do tipo, volume e calorias da dieta enteral conforme crescimento ou condições clínicas do paciente.

14 CONTRARREFERÊNCIA

A contrarreferência deve ser realizada na alta hospitalar, quando o paciente está clinicamente estável, com plano terapêutico e de seguimento definido, permitindo o acompanhamento seguro em sua rede de origem.

*Preencher folha (Anexo 1) na alta e entregar Anexo 3 aos pais e/ou responsáveis com orientações sobre o cuidado do paciente.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

15 FLUXOGRAMA

Fluxograma – Gastrostomia Pediátrica (HC-UFU)



Figura 4: Fluxograma de indicação e maneja de gastrostomia

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
 Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
 Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão: Versão:	Próxima revisão:

16 REFERÊNCIAS

1. **BITAR, Rana et al.** Advances and challenges of gastrostomy insertion in children. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, [S. l.], v. 15, n. 9, p. 1871–1878, set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i9.1871>.
2. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). *Relatório de recomendação nº 617: sonda botão para gastrostomia em crianças e adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/relatorio_recomendacao_617_sonda_botao_gastrostomia.pdf. Acesso em: 11 dez. 2025.
3. **DOYLE, Carmel et al.** Blended feeding in gastrostomy-fed children: a scoping review. *Child: Care, Health and Development*, [S. l.], v. 50, e13222, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.13222>.
4. **FRANCO NETO, José Antônio et al.** Percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescents: 15 years' experience of a tertiary center. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 281–288, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-49>.
5. **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.** Principais questões sobre gastrostomia na atenção pediátrica. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. Rio de Janeiro, 2 mar. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 11 dez. 2025.
6. **FUGAZZA, Alessandro et al.** Percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy: indications and techniques. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, [S. l.], v. 14, n. 5, p. 250–266, 16 maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.4253/wjge.v14.i5.250>.
7. **GLASSON, Emma J. et al.** Evolving trends of gastrostomy insertion within a pediatric population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, [S. l.], v. 67, n. 5, p. 687–692, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002042>.
8. **HOMAN, Matjaz et al.** Percutaneous endoscopic gastrostomy in children: an update to the ESPGHAN position paper. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, [S. l.], v. 73, n. 3, p. 415–426, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002042>.
9. **RIBEIRO, Ana Paula Leite Prado et al.** Home care for children with gastrostomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, supl. 2, e20200699, 2022. DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0699>.
10. **SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO JR., W.; TIRAPELLI, L. F.; CASTRO E SILVA JR., O.** Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 39–50, 2011. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>. Acesso em: 17 dez. 2025.

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11. VOLPE, Paula; DOMENE, Carlos Eduardo; SANTO, Marco Aurélio; CECCONELLO, Ivan. Gastrostomia e jejunostomia videoassistidas com dois portais: simplificação técnica e resultados clínicos. *ABCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 57–60, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000100015>.

1. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/Revisão				
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

ANEXO 1

Contrarreferência – Paciente com Gastrostomia

Identificação do paciente

- Nome: _____
- Idade/Data de nascimento: _____
- Responsável: _____
- Contato: _____

Dados do procedimento

- Tipo de procedimento: Gastrostomia () endoscópica () cirúrgica
- Data da realização: _____
- Dispositivo utilizado: _____
- Local de inserção: _____
- Marcação externa do dispositivo: _____

Condição clínica na alta

- Estável com seguimento na Rede Municipal ()
- Estável com retorno em ambulatório de egresso no HC-UFU () DATA: _____ profissional: _____
- Vias de alimentação: () Oral parcial () Exclusivamente via GTT

Plano nutricional

- Fórmula: _____
- Volume/dia: _____ ml
- Esquema: () por seringa () por bomba () contínuo por gavagem
- Via de administração: _____

Plano de seguimento especializado

- Gastropediatra e Nutricionista (Retorno a ser agendado pela Rede Municipal)
Retorno em _____ semanas
- Enfermagem (para avaliação do dispositivo): retorno em 15 dias após a alta, ou antes, se necessário.
- Outros: _____

Observações adicionais

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

ANEXO 2

CHECKLIST PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO DE GASTROSTOMIA PEDIÁTRICA

1. Identificação do paciente

- ☐ Nome completo
- ☐ Idade
- ☐ Sexo
- ☐ Número do prontuário
- ☐ Diagnóstico principal
- ☐ Motivo da indicação clínica de gastrostomia documentada no prontuário

2. Avaliação clínica prévia

- ☐ Avaliação médica atualizada ($\leq 24-48$ h)
- ☐ Peso e estatura registrados
- ☐ Avaliação do estado nutricional
- ☐ Ausência de infecção ativa não controlada
- ☐ Condições clínicas para sedação/anestesia confirmadas- (ex. ausência de infecção de vias aéreas ativa ou recente, distúrbios hidroeletrólíticos não compensados, cardiopatias não compensadas, etc)

3. Avaliação multiprofissional

- ☐ Avaliação pela equipe responsável pelo procedimento (endoscopia/cirurgia)
- ☐ Avaliação pré-anestésica
- ☐ Avaliação da nutrição (indicação da fórmula enteral e cálculo nutricional prescrito após o procedimento)
- ☐ Avaliação da fonoaudiologia
- ☐ Avaliação da psicologia
- ☐ Avaliação da enfermagem
- ☐ Avaliação do serviço social (quando indicado)

4. Indicação e contraindicações

- ☐ Indicação formal de gastrostomia após avaliação da equipe na internação
- ☐ Ausência de contraindicações absolutas

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- ☐ Contraindicações relativas avaliadas e documentadas
- ☐ Tipo de gastrostomia definido (endoscópica, cirúrgica ou laparoscópica)
- ☐ Tipo de dispositivo planejado

5. Exames complementares

- ☐ Hemograma completo com plaquetas
- ☐ Estudos de coagulação
- ☐ Outros exames laboratoriais conforme condição clínica
- ☐ Resultados avaliados e liberados pela equipe assistent

6. Jejum e preparo

- ☐ Revisão da prescrição medicamentosa realizada
- ☐ Suspensão de medicamentos que possam interferir na anestesia e/ou cirurgia, quando indicado
- ☐ Jejum adequado confirmado conforme idade e tipo de dieta
- ☐ Suspensão de dieta enteral/oral conforme protocolo
- ☐ Profilaxia antibiótica realizada com cefazolina ou cefalotina durante o procedimento cirúrgico e mantido por 24h após o procedimento
- ☐ Profilaxia para trombose (quando aplicável)

7. Consentimento e aspectos legais

- ☐ Conhecimento da realidade do usuário e de seu grupo familiar
- ☐ Identificação da rede de apoio familiar, comunitária e institucional
- ☐ Identificação de demandas e/ou necessidades do usuário e/ou família no processo de cuidado
- ☐ Consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável legal
- ☐ Procedimento explicado ao responsável (riscos, benefícios e cuidados)
- ☐ Registro do consentimento em prontuário

8. Planejamento do procedimento

- ☐ Procedimento agendado (data, local e horário)
- ☐ Equipe responsável definida
- ☐ Material e dispositivo disponíveis

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- ☐ Leito pós-procedimento garantido
- ☐ Plano de analgesia e cuidados pós-operatórios definido

9. Orientações após procedimento

- ☐ Orientações iniciais sobre cuidados com estoma explicadas
- ☐ Dúvidas esclarecidas
- ☐ Encaminhamentos realizados e retorno em ambulatório de egressos agendado quando aplicável

10. Conferência final (check de segurança)

- ☐ Checklist revisado e completo
- ☐ Documentação conferida
- ☐ Condições clínicas adequadas no momento da admissão
- ☐ Liberação final da equipe responsável

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

ANEXO 3

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES

Este material foi elaborado com o objetivo de auxiliar a família a compreender melhor o que é a gastrostomia e orientar sobre os cuidados necessários no cotidiano da criança.

O QUE É GASTROSTOMIA?

A **gastrostomia** é um **pequeno caminho feito na barriga** para colocar uma **sonda que vai direto para o estômago da criança**.

Ela é usada quando a criança **não consegue comer ou beber pela boca** o suficiente ou com segurança.

Por essa sonda a criança pode receber **comida, água e remédios**.

A gastrostomia ajuda a criança a **crescer melhor**, ficar **mais forte** e ter **mais conforto no dia a dia**. Ela pode ser usada **por um curto tempo ou por mais tempo**, conforme a necessidade. Quando a criança consegue, ela **pode continuar comendo pela boca**, mesmo tendo gastrostomia.

ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTOS E MEDICAMENTOS

- **Higiene:** a limpeza adequada é essencial no preparo da dieta. Sempre higienize bem as mãos antes de iniciar o procedimento;
- A dieta deve ser administrada em **temperatura ambiente**. Caso esteja refrigerada, retire-a da geladeira e aguarde cerca de **30 minutos** antes do uso;
- Posicione a criança **sentada** durante a administração. Se estiver acamada, mantenha a cabeceira do leito elevada entre **30 e 45 graus**;
- A infusão da dieta deve ocorrer de forma lenta por seringa, gota a gota por equipo ou bomba de infusão segundo a orientação médica e nutricional, mantendo a criança na mesma posição por 20 a 30 minutos após o término;
- Os medicamentos devem ser administrados preferencialmente em bolus por seringa (um medicamento por vez), lavando a sonda após com 3-5ml de água entre as medicações. Crianças menores e sondas menores pode-se usar 3 ml;
- Quando os medicamentos não estiverem na forma líquida (comprimidos ou drágeas), consulte previamente o médico ou farmacêutico para avaliar a possibilidade de trituração e diluição em água;
- Realize a lavagem do dispositivo com água **antes e após** a administração de dietas e medicamentos, prevenindo obstruções.

CUIDADOS DIÁRIOS COM A PELE AO REDOR DO ESTOMA

- Manter a limpeza diária e higiene do local e do dispositivo;
- Higienizar a pele ao redor do orifício da gastrostomia com água e sabão, de forma suave, sem esfregar ou utilizar esponjas;

Tipo do Documento	PROCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página /24	
Título do Documento	PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Não há necessidade de uso de gaze para proteção da pele, apenas na internação se houver saída de secreção;
- O giro da sonda de gastrostomia deve ser realizado diariamente, devagar, dando uma volta completa (360º) após a cicatrização adequada do orifício da pele e do estômago, o que ocorrerá após 14 dias da cirurgia;
- Avaliar diariamente a pele ao redor da gastrostomia. Pequena umidade pode ocorrer, normalmente. A secreção deve ser retirada sem manter gaze no local. O orifício por onde passa a sonda não deve ficar tampado ou abafado, pelo risco de infecção.
- Vazamentos volumosos e persistentes podem causar lesões na pele, e nessa situação, procure avaliação no serviço de saúde
- Evite fixar a sonda com adesivos, pois estes podem provocar lesões na pele;
- Não utilizar produtos como álcool, cremes, pomadas ou colônias ao redor do estoma sem orientação profissional, pois podem causar irritações ou reações alérgicas.
- Banho de chuveiro é permitido **após 48 horas** do procedimento.
- O banho de imersão frequente em banheira deve ser evitado, quando necessário, deixar a barriga da criança com a sonda acima do nível da água e utilizar o chuveirinho para o banho. Secar bem a região após o banho.

EMERGÊNCIAS RELACIONADAS À GASTROSTOMIA: COMO AGIR?

- A intercorrência mais comum é a **retirada acidental do dispositivo**. Sem a sonda, o orifício da gastrostomia pode iniciar o fechamento em aproximadamente **2 a 4 horas**;
- Mantenha a calma e procure imediatamente um **serviço de pronto atendimento ou unidade de referência**;
- Na presença de sangramento, aumento persistente do abdome, dor intensa ou difícil controle, secreção purulenta ou com odor desagradável ao redor da gastrostomia, busque atendimento médico imediato.

QUANDO REALIZAR A TROCA DA SONDA DE GASTROSTOMIA?

- A necessidade de troca está relacionada principalmente ao desgaste natural do dispositivo e do crescimento da criança;
- No caso do botão de gastrostomia, a troca depende também da **espessura da parede abdominal** e do diâmetro do orifício;
- Não existe um intervalo fixo previamente definido para substituição do dispositivo;
- Recomenda-se avaliação periódica por profissionais de saúde, geralmente **duas a três vezes ao ano**, para verificar a necessidade de troca;
- A substituição deve ser realizada nos casos de **obstrução irreversível**, presença de **fissuras no botão** ou outros danos que comprometam a segurança e o funcionamento do dispositivo.

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Aos 29 dias do mês de janeiro do ano de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo(a) Residente TALISSA GOMES SILVA DE SOUZA além do(a) orientador(a) CRISTINA PALMER BARROS, presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros FERNANDA NASCIMENTO ALVES e LUCIANE BORGES VIVARELLI MARSON.

Após a finalização da apresentação do TCRM pelo(a) residente(s), a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: FERNANDA NASCIMENTO ALVES

Nota final: 9 (NOVE)

Avaliador 2: LUCIANE BORGES VIVARELLI MARSON

Nota final: 9 (NOVE)

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores **a nota final 9 (NOVE)**.
Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu CRISTINA PALMER BARROS lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 29 de JANEIRO de 2026.

Documento assinado digitalmente

gov.br

CRISTINA PALMER BARROS

Data: 05/02/2026 15:52:33-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

—
Orientador

Documento assinado digitalmente

gov.br

LUCIANE BORGES VIVARELLI MARSON

Data: 06/02/2026 15:55:45-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente

gov.br

FERNANDA NASCIMENTO ALVES

Data: 07/02/2026 19:07:29-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Banca examinadora

* A ata deverá ser preenchida, assinada de forma digital e encaminhada para a COREME por e-mail.

* As assinaturas deverão ser realizadas utilizando assinatura eletrônica (GovBr, por exemplo).