

Complicações de estomias e perfil clínico de crianças atendidas em um hospital de referência

Ostomy complications and clinical profile of children attending in a reference hospital

Complicaciones de estomias y perfil clínico de los niños atendidos em servicio de referencia

Talita Faraj Faria^{1,*}, Ivone Kamada¹

ORCID IDs

Faria TF  <https://orcid.org/0000-0002-3690-2968>

Kamada I  <https://orcid.org/0000-0003-2569-8727>

COMO CITAR

Faria TF; Kamada I. Complicações de estomias e perfil clínico de crianças atendidas em um hospital de referência. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 18: e1620, 2020. https://doi.org/10.30886/estima.v18.911_PT

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência de complicações de estomias em crianças, bem como caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças atendidas no ambulatório. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, de caráter prospectivo, realizado com 37 crianças no período de fevereiro a agosto de 2016 no ambulatório de um hospital público de Brasília, Distrito Federal. Na análise estatística, as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas por meio da média e desvio padrão. O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar associações entre variáveis qualitativas. **Resultado:** 56,7% das crianças apresentaram complicações relacionadas às estomias. A complicação mais frequente foi a dermatite de contato. **Conclusão:** Poucos estudos são direcionados apenas para as crianças com estomias. Espera-se que os dados obtidos a partir desta pesquisa possam subsidiar o planejamento das ações dos profissionais de saúde, a fim de diminuir e/ou evitar a ocorrência destas complicações.

DESCRITORES: Complicações pós-operatórias; Estomia; Criança; Estomaterapia.

ABSTRACT

Objective: The aim was to study the incidence of ostomy complications in children, as well as characterize the sociodemographic and clinical profile of the children seen in the outpatient clinic. **Methods:** This is a quantitative, descriptive, prospective character study performed with 37 children between February and August 2016 at an outpatient clinic of a public hospital in Brasília, Federal District. For the statistical analysis, the categorical variables were described by absolute and relative frequencies and the quantitative variables were described by means of average and standard deviation. The chi-square test was used to verify associations between qualitative variables. **Results:** From the studied children, 56,7% had ostomy complications. The most frequent complication was contact dermatitis. **Conclusion:** Not that many studies are directed towards the children with ostomy. It is expected that the data obtained from this research can subsidize action planning on behalf of health professionals to reduce and/or avoid the complications incidence.

DESCRIPTORS: Postoperative complications; Ostomy; Child; Enterostomal therapy.

1. Universidade de Brasília – Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Brasília (DF), Brasil.

*Autora correspondente: talitafaraj@gmail.com

Recebido: Jun. 28, 2020 | Aceito: Jun. 31, 2020

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la ocurrencia de las complicaciones de ostomías en niños, así como caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los niños atendidos en el ambulatorio. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de carácter prospectivo, realizado entre 37 niños en el periodo de febrero a agosto de 2016 en un ambulatorio de un hospital de la red pública de Brasilia, Distrito Federal. Para el análisis estadístico se describieron las variables categóricas por medio de frecuencia absoluta y relativa y las variables cuantitativas por medio del promedio y desvío estándar. El test chi cuadrado fue utilizado para comparar asociaciones entre variables cuantitativas. **Resultados:** De los niños estudiados, el 56,7% presentaron complicaciones relacionadas a las ostomías. La complicación más frecuente fue dermatitis de contacto. **Conclusión:** Pocos estudios están dirigidos solo a niños con estomías. Se espera que los datos obtenidos a partir de esta investigación puedan apoyar la planificación de las acciones de los profesionales de salud, a fin de evitar y/o disminuir la ocurrencia de las complicaciones.

DESCRIPTORES: Complicaciones posoperatorias; Estomía; Niño; Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

O processo de confecção de uma estomia gera impacto no cotidiano das crianças e de seus familiares, uma vez que afeta a integridade corporal, assim como a capacidade funcional, convívio social e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessa parcela da população. Além disso, a adaptação à estomia e o enfrentamento desse processo depende de vários fatores como idade, gênero, estado de saúde, dinâmica familiar, estilo de vida, orientação sociocultural, entre outros¹.

Doenças genéticas, traumas ou anomalias congênitas podem evoluir para a confecção de estomias respiratórias, urinárias e/ou gastrointestinais em qualquer período da vida. Na população pediátrica, as causas mais comuns que levam à confecção de estomias são anomalias anorretais, megacólon congênito ou doença de Hirschsprung, doença de Crohn, enterocolite necrosante, retocolite ulcerativa e polipose adenomatosa familiar^{1,2}.

Estomia é uma palavra derivada do grego *stóma* que significa abertura ou boca, indicando a exteriorização cirúrgica de órgãos ou vísceras ocas². Apesar de a confecção da estomia ser considerada um procedimento cirúrgico simples e que é comumente realizado, podem surgir complicações que normalmente são subestimadas, como a hérnia paraestomal, estenose, retração, dermatites, entre outros³.

No Brasil, são consideradas crianças todos os indivíduos que tenham até doze anos de idade incompletos⁴. Assim sendo, o cuidado prestado à criança com estomia exige o envolvimento dos familiares e apoio dos profissionais de saúde⁵, principalmente dos enfermeiros, para auxiliá-los no manejo adequado da estomia e de suas possíveis complicações.

São escassos os estudos que demonstram os dados epidemiológicos referentes às crianças com estomia², assim como as complicações de estomias em crianças, revelando a necessidade da elaboração de mais pesquisas nessa área.

Dermatite periestomal, prolapso de alça e retração são algumas das complicações observadas nessa clientela^{6,7}. Entretanto a maior parte dos estudos publicados ainda se refere apenas à população adulta, muitas vezes não sendo possível adaptar os resultados para a população pediátrica.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de se investigar a ocorrência das complicações relacionadas à estomia e à pele periestomal na infância, bem como conhecer seu perfil clínico, sendo esses fatores importantes para o planejamento do cuidado, a construção de estratégias de prevenção e a organização dos serviços de saúde que atendem essa clientela.

OBJETIVO

O estudo teve como objetivo verificar a ocorrência de complicações de estomias em crianças.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, de caráter prospectivo, realizado com 37 crianças atendidas no Ambulatório de Atenção ao Estomizado de um hospital público de Brasília, Distrito Federal, sendo essa unidade hospitalar referência no atendimento cirúrgico neonatal e pediátrico, tanto ambulatorial quanto de urgência.

A seleção da amostra foi constituída por conveniência, ou seja, não aleatória, composta pelas crianças cadastradas para atendimento no ambulatório, no período de fevereiro a agosto de 2016. Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo foram: ter uma estomia (respiratória, gastrointestinal e/ou urinária), independente do tempo de cirurgia; ter idade entre zero e doze anos incompletos; e ter realizado pelo menos duas consultas no ambulatório. Foram excluídos os

indivíduos com idade igual ou superior a 12 anos e aqueles cujos representantes legais se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou retiraram o seu consentimento.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se um instrumento elaborado pelas pesquisadoras especificamente para essa finalidade⁸. No primeiro mês, foi realizado um estudo-piloto com 10 crianças para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados e, como não houve necessidade de ajustá-lo, essas crianças foram incluídas na amostra final.

Os dados sociodemográficos e clínicos das crianças foram levantados por meio da análise dos prontuários eletrônicos, cujas variáveis foram sexo, procedência, data de nascimento, idade, diagnóstico médico e número de consultas realizadas no ambulatório.

Os dados referentes às estomias, às complicações e aos fatores associados ao seu surgimento foram levantados também por meio da análise de prontuários eletrônicos e da observação direta das crianças durante as consultas ambulatoriais, cujas variáveis foram tipos de estomia, causa geradora da estomia, tempo de permanência, caráter da estomia (definitiva ou temporária), previsão para reconstrução, orientação sobre a confecção da estomia, demarcação prévia, utilização de equipamento coletor, ocorrência e tipo de complicação, provável fator que ocasionou a complicação e o tratamento empregado para sua resolução.

Para análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0 para Microsoft Windows. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas por meio da média e desvio padrão. A análise estatística inferencial foi realizada por meio do teste qui-quadrado para verificar a associação entre variáveis qualitativas. Considerou-se um intervalo de confiança de 95% e o nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa seguiu as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹, sendo realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), que é responsável pela avaliação do mérito e da relevância de projetos de pesquisa a serem desenvolvidos no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e entidades vinculadas, sob o parecer nº 1.399.909, CAAE 52299215.0.0000.5553.

RESULTADOS

O estudo permitiu identificar que, das 37 crianças que compuseram a amostra, a maioria era do sexo masculino (67,6%), procedentes do Distrito Federal (54%), com faixa etária compreendida entre dois e doze meses (67,6%) e se enquadravam na categoria sem escolaridade (67,6%).

Sobre a causa que levou à confecção das estomias nas crianças, 73% foram confeccionadas devido a anomalias congênitas ($n = 27$), 13,5% das estomias foram confeccionadas por perfuração intestinal ($n = 5$), 8,1% tiveram como fator causal as obstruções intestinais ($n = 3$) e 5,4% foram confeccionadas devido ao distúrbio de motilidade provável ($n = 2$).

Todas as crianças que participaram deste estudo tiveram suas estomias classificadas como temporárias, sendo que 73% delas não tinham previsão para reconstrução do trânsito intestinal e 13,5% tinham previsão de 2 meses para a reconstrução. Não havia informação nos prontuários sobre a previsão para reconstrução no caso das estomias urinárias. Os dados referentes ao tempo em que as crianças permaneceram com estomias estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Tempo de permanência das estomias nas crianças assistidas no ambulatório – Brasília, DF – fevereiro a agosto de 2016.

Tempo	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
2 meses	3	8,1
3 a 4 meses	6	16,2
5 a 6 meses	3	8,1
7 a 8 meses	6	16,2
10 a 11 meses	3	8,1
12 meses	9	24,4
2 anos ou mais	7	18,9
Total	37	100,0

Neste estudo, 86,5% das crianças tinham apenas um tipo de estomia confeccionada, 5,4% tinham 2 tipos de

estomias confeccionadas e 8,1% tinham um tipo de estomia acompanhada de fistula mucosa, como se observa na Fig. 1.

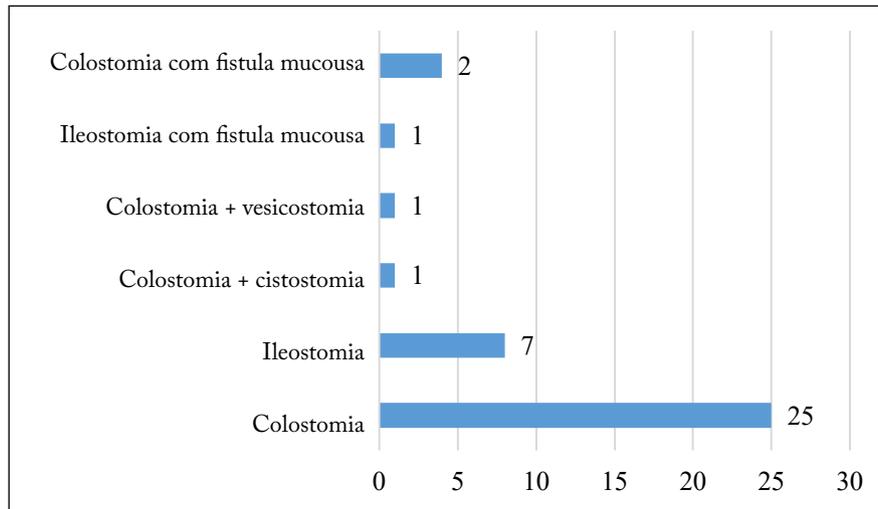


Figura 1. Frequência absoluta das estomias de acordo com a localização. Brasília-DF, 2016.

Em relação à orientação prévia sobre a confecção da estomia no período pré-operatório, 70,2% dos pais e/ou responsáveis das crianças relataram ter recebido orientações (n = 26) e 29,8% relataram não ter recebido orientações antes do procedimento cirúrgico (n = 11). Sobre o procedimento de demarcação das estomias, 97,3% das crianças não tiveram o local de confecção da estomia demarcado e 2,7% tiveram o local demarcado antes da cirurgia.

As crianças compareceram a uma média de 3,9 consultas de enfermagem durante o período de coleta de dados no ambulatório e permaneceram em média um ano e três meses com a estomia. Em 91,9% dos casos as crianças estavam acompanhadas pela mãe e apenas 8,1% estavam acompanhadas pelo pai e pela mãe.

Sobre a utilização do equipamento coletor, 59,5% das crianças utilizavam equipamento coletor com frequência

(n = 22) e 40,5% não utilizavam equipamento coletor com frequência (n = 15).

Foi possível observar que 21 crianças apresentaram complicações de estomias, sendo que em algumas delas ocorreu mais de um tipo de complicação. A incidência cumulativa de complicação de estomia neste estudo foi de 56,7%.

A dermatite de contato foi a mais frequente entre as complicações observadas (76% dos casos), como demonstra a Tabela 2. Com relação ao fator que ocasionou as complicações, em 76% se deu pelo contato da pele com efluentes (n = 19), em 8% surgiu por hipersensibilidade à base adesiva do equipamento coletor (n = 2), em 8% ocorreu pela técnica de construção cirúrgica da estomia (n = 2) e em 8% se deu pelo aumento da pressão intra-abdominal (n = 2).

Tabela 2. Tipos de complicações de estomias nas crianças estudadas – Brasília, DF – fevereiro a agosto de 2016.

Tipos de complicação	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Dermatite de contato	19	76,0
Dermatite alérgica	2	8,0
Retração	2	8,0
Prolapso de alça	1	4,0
Hérnia paraestomia	1	4,0
Total	25	100,0

Sobre o tratamento empregado para resolução da complicação, em 100% dos casos foram utilizados produtos cuja finalidade era fornecer uma barreira protetora para a pele periestomal e/ou para tratar as dermatites (protetores cutâneos sintéticos com apresentação em pó ou pasta). Não foram utilizados produtos específicos para o tratamento das demais complicações apresentadas pelas crianças deste estudo.

As variáveis “sexo” e “ocorrência de complicação”, bem como “orientação prévia sobre a confecção da estomia” e “ocorrência de complicação” tiveram suas frequências absolutas comparadas e associadas por meio do teste qui-quadrado, mostrando que não houve associação estatística significativa. Quando as variáveis “utilização do equipamento coletor” e “ocorrência de complicação” foram associadas, observou-se associação estatística significativa, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Associação entre variáveis sexo, orientação prévia, utilização de equipamento coletor e ocorrência de complicação – Brasília, DF – fevereiro a agosto de 2016.

Sexo	Ocorrência de complicação de estomia		p-valor e risco relativo
	Sim	Não	
Masculino	15	6	p = 0,565; RR = 1,500 (0,375–5,998)
Feminino	10	6	
Orientação prévia sobre a confecção da estomia	Ocorrência de complicação de estomia		p-valor e risco relativo
	Sim	Não	
Sim	15	12	p = 0,809; RR = 0,833 (0,191–3,644)
Não	6	4	
Utilização de equipamento coletor	Ocorrência de complicação de estomia		p-valor e risco relativo
	Sim	Não	
Sim	9	13	p = 0,018; RR = 0,173 (0,038–0,795)
Não	12	3	

DISCUSSÃO

Observou-se a predominância de crianças do sexo masculino e sem escolaridade devido à faixa etária, corroborando dados de outros estudos^{1,6}. Malformações congênitas como o megacólon congênito e o ânus imperfurado foram os diagnósticos médicos mais frequentes neste estudo, sendo estes os que geralmente levam as crianças a serem submetidas à confecção de estomias^{1,6,7,10}.

O ânus imperfurado é uma das anomalias anorretais mais comuns e pode estar associada a defeitos em outros sistemas, como por exemplo o trato urogenital. Geralmente uma colostomia é confeccionada no neonato e, quatro a seis meses depois, uma fístula anal é confeccionada, para posterior reabordagem cirúrgica e reconstrução de seu trânsito intestinal¹¹.

O megacólon congênito é uma doença multifatorial que resulta da ausência de migração das células da crista neural para o intestino grosso, gerando uma inexistência de plexos nervosos no cólon e, conseqüentemente, ausência de motilidade no segmento acometido e obstrução intestinal^{10,12}. Outras comorbidades como enterocolite necrosante, doenças inflamatórias no intestino, assim

como traumas causados por violência ou acidentes domésticos também levam as crianças a se tornarem indivíduos com estomias, seja temporária ou definitivamente^{11,12}.

Nas crianças que compuseram a amostra deste trabalho, houve predomínio das colostomias relacionadas a outros tipos de estomias, corroborando dados de outros estudos^{6,7,10}. Algumas crianças tinham mais de uma estomia confeccionada, sendo essa uma condição bastante comum nessa clientela.

As crianças compareceram às consultas de enfermagem no ambulatório acompanhadas, em sua maioria, apenas pelas mães e constatou-se que essa é uma característica recorrente na população pediátrica^{13,14}. É importante destacar a presença reduzida dos pais nas consultas e o relato das mães sobre a pouca participação desses no cuidado domiciliar prestado às crianças, o que pode interferir no processo de enfrentamento da condição vivenciada pela família.

A maioria dos familiares das crianças relatou ter recebido orientações pré-operatórias sobre o procedimento de confecção das estomias nas crianças. Contudo os familiares declararam durante a coleta de dados que a ênfase dessas orientações estava na doença de base das crianças e em seu tratamento,

não sendo abordadas as questões psicossociais, educacionais e o impacto da condição de ter uma estomia confeccionada na vida delas e de seus cuidadores.

Ressalta-se que o fato de não terem sido observadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis “sexo” e “ocorrência de complicação”, assim como “orientação prévia sobre a confecção da estomia” e “ocorrência de complicação”, pode ser justificado pelo tamanho da amostra em questão, sendo necessário o desenvolvimento de estudos com amostragem superior à estudada para possibilitar a análise comparativa dos dados.

As complicações de estomias podem surgir tanto no pós-operatório imediato quanto no tardio. As precoces estão normalmente ligadas aos casos de cirurgias de confecção de estomias de emergência e as complicações tardias estão ligadas a idade, peso, localização da estomia, técnica cirúrgica, presença de patologias que têm como tratamento a confecção de estomias, entre outros³, podendo ser necessária a reabordagem cirúrgica para correção de algumas delas.

As orientações dos enfermeiros, sejam eles estomaterapeutas ou enfermeiros generalistas capacitados, devem envolver a observação quanto às características da estomia, higiene local, seleção adequada do equipamento coletor de acordo com a idade da criança e o uso de adjuvantes quando forem necessários, como protetores cutâneos, lenços removedores de adesivos, cintos elásticos ajustáveis, entre outros. Deve-se levar também em consideração os aspectos físicos e psicossociais da criança, a capacidade para o autocuidado (dependendo da idade) e a participação dos pais e/ou responsáveis na prestação da assistência, prevenindo assim o surgimento de complicações ou facilitando seu manejo.

Apesar de, neste estudo, a maioria das crianças utilizar o equipamento coletor nas estomias, chamou a atenção os casos em que se faziam uso de outros materiais como gazes não estéreis ou fraldas descartáveis para conter os efluentes, assim como de uma pasta preparada pelos cuidadores das crianças para proteção da pele periestomal (composta basicamente por amido de milho, óxido de zinco e óleo enriquecido com ácidos graxos essenciais). Foi possível observar durante as consultas que a consistência desse produto frequentemente dificultava a sua remoção, protegendo o tegumento do contato direto com os efluentes em alguns casos, mas podendo gerar outras complicações, como escoriações na pele, em decorrência da fricção excessiva durante a remoção do produto.

A dermatite de contato foi a complicação mais frequente neste estudo, entretanto outras complicações também

estiveram presentes, como a dermatite alérgica, retração, prolapso de alça e hérnia paraestomal. Dados semelhantes são encontrados em outras pesquisas^{1,6,7,10,15}. A dermatite periestomal é causada pelo contato prolongado da pele com as fezes, urina ou conteúdo gástrico e prejudica o processo de reabilitação do paciente com estomia, uma vez que interfere na aderência do equipamento coletor. Tal condição pode levar à necessidade de utilização de um número maior de bolsas coletoras e adjuvantes, além de causar dor em decorrência do processo inflamatório local e da ruptura da integridade da pele, aumentando os custos do manejo da estomia^{14,15}.

A resina sintética com apresentação em pó ou pasta foi o tratamento empregado em todas as crianças que apresentaram complicações de estomias, independente do tipo de complicação observada. Alguns cuidadores relataram utilizar a resina sintética em pó mesmo na ausência da dermatite de contato, com a finalidade de “prevenir” o surgimento de lesões, divergindo das orientações dadas pelo fabricante do produto em questão.

É fundamental que os enfermeiros elaborem um plano terapêutico que tenha como base o fator causal da dermatite, os materiais habitualmente utilizados e a revisão das ações de cuidado realizadas pelos pacientes e/ou cuidadores, bem como a avaliação frequente da região periestomal e da estomia, para que a assistência seja prestada de maneira integral e individualizada, levando-se em consideração suas necessidades e particularidades, possibilitando a escolha do equipamento coletor e adjuvantes apropriados^{14,15}.

A educação continuada das crianças e seus familiares também é um fator importante na assistência prestada, uma vez que facilita a adaptação à nova condição e contribui para a prevenção das complicações de estomias, influenciando diretamente na qualidade de vida desses pacientes.

Como limitação deste estudo pode-se referir ao tamanho reduzido da amostra e sua composição, que tratou apenas de crianças com estomias intestinais e urinárias, uma vez que essa era a característica da população atendida no ambulatório do hospital escolhido para realização do estudo. Sendo assim, não foi possível conhecer as complicações referentes a outros tipos de estomias.

Além disso, as autoras não observaram pessoalmente todas as consultas das crianças, uma vez que algumas delas compareciam às consultas ambulatoriais em dias ou horários contrários aos agendados para os atendimentos. Por esse motivo, a coleta de certos dados ficou restrita apenas ao registro feito pelas enfermeiras nos prontuários. Contudo,

como se trata de um local de referência no atendimento de crianças no Distrito Federal, incluindo aquelas com estomias, os dados foram considerados relevantes para o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico de uma parte dessa população.

CONCLUSÃO

Apesar de os indivíduos de diferentes faixas etárias estarem suscetíveis à condição de ter uma estomia confeccionada em qualquer fase da vida, os cuidados de enfermagem direcionados às crianças assim como as estratégias de promoção e reabilitação da saúde devem respeitar suas particularidades.

Dessa forma, é essencial que os enfermeiros busquem capacitação para atender essa clientela e que a assistência inclua a avaliação das condições clínicas da criança, a demarcação do local onde a estomia será confeccionada, o ensino do autocuidado ou do cuidado que será prestado pelos pais e/ou responsáveis, assim como a identificação dos fatores que podem levar à ocorrência das complicações e seu manejo adequado.

Percebe-se que poucos estudos são direcionados apenas para a população pediátrica e, assim, sugere-se que pesquisas futuras explorem a questão das complicações de estomias em crianças, bem como suas características, fatores associados ao seu surgimento e o tratamento empregado no manejo

dessas complicações. Espera-se que os dados obtidos a partir desta pesquisa possam subsidiar o planejamento das ações dos profissionais de saúde, a fim de diminuir e/ou evitar a ocorrência destas complicações.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e ao Hospital Materno-Infantil de Brasília.

FINANCIAMENTO

O presente estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) entre os anos de 2015 e 2016 por meio de bolsa de fomento à pesquisa.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Faria TF e Kamada I; Metodologia, Faria TF e Kamada I; Investigação, Faria TF; Redação – Primeira versão, Faria TF; Redação – Revisão & Edição, Faria TF e Kamada I; Aquisição de Financiamento, Faria TF e Kamada I; Recursos, Faria TF; Supervisão, Kamada I.

REFERÊNCIAS

- Costa ECL, Vale DS, Luz MHBA. Perfil das Crianças Estomizadas em um Hospital Público de Teresina, Piauí. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2016;14(4):169-74. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201600040003>
- Santos OJ, Sauaia Filho EM, Barros Filho AKD, Desterro VS, Silva MVT, Prado RPS, Sauaia CHS. Children and adolescents ostomized in a reference hospital. Epidemiological profile. J Coloproctol (Rio J). 2016;36(2):75-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.03.005>
- Aguiar ESS, Santos AAR, Soares MJGO, Anselmo MNS, Santos SR. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2011;9(2):2.
- Brasil. Lei Federal nº. 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 13 jun 1990. [citado em 4 mai 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Monteiro SNC, Melo MC, Kamada I, Silva AL. Caracterização de cuidadores de crianças e adolescentes estomizados atendidos em serviço de reabilitação. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2016;14(2):76-83. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201600020005>
- Cunha RR, Bezerra PD, Pinto ISM, Ramos EMLS, Silva CO, Ferreira SRM. Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência, Belém-PA. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2017;15(4):214-21. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700040005>
- Egito ETBN, Medeiros AQ, Moraes MMC, Barbosa JM. Estado nutricional de pacientes pediátricos ostomizados. Rev Paul

- Pediatr. 2013;31(1):58-64. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000100010>
8. Faria TF. Complicações de estomias em crianças: frequência e fatores associados [dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2016.
 9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2013. [citado em 4 mai 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 10. Mabula JB, Kayange NM, Manyama M, Chandika AB, Rambau PF, Chalya PL. Hirschsprung's disease in children: a five year experience at a University teaching hospital in northwestern Tanzania. BMC Res Notes. 2014;7:410. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-410>
 11. Melo MC, Kamada I. Anomalia anorretal e cuidados maternos. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):176-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100025>
 12. Diniz IV, Matos SDO, Brito KKG, Andrade SSC, Oliveira SHS, Oliveira MJGO. Assistência de enfermagem aplicada à criança com estomia decorrente da doença de hirschsprung. Rev Enferm UFPE on line. 2016;10(3):1119-26.
 13. Seccani LME, Ribeiro PA, Gravalos S, Paula MAB, Vasconcellos ACLP. Estomas intestinais em crianças: dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares no processo de cuidar. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2007;5(3):1.
 14. Santos VLCC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. São Paulo: Editora Atheneu; 2015.
 15. Laurel NJ. Pediatric ostomy complications: best practice for clinicians. Mount Laurel: WOCN Society; 2016. [citado em 23 mai 2020]. Disponível em: <https://cdn.ymaws.com/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/PedOstomyComplicationsBP2016.pdf>
 16. Borges EL, Ribeiro MS. Linha de cuidado da pessoa estomizada. Belo Horizonte: SES-MG; 2015. [citado em 23 mai 2020]. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/03/cuidados-da-pessoa-estomizada.pdf>