



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

MANUAL DE ORIENTAÇÃO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS OSTOMIZADAS

**FAZENDA RIO GRANDE
2025**

APRESENTAÇÃO

A proposta de instituir o Manual de Orientação de Atenção à Pessoas Ostomizadas visa organizar o serviço, regulamentar e sistematizar o atendimento e a assistência prestada, oferecendo direcionamento aos profissionais envolvidos, de forma a garantir a melhoria da qualidade da assistência já prestada aos usuários do SUS. Este protocolo tem o compromisso de propiciar um cuidado especializado e humanizado aos pacientes, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes portadores de algum acometimento que envolva as áreas de estomas.

É nesta perspectiva do cuidado integral que os profissionais envolvidos realizarão seu trabalho, devendo estar informados quanto aos recursos e serviços disponíveis, conhecerem as normas, rotinas e fluxos de durante a assistência às pessoas com estomas. A criação deste Manual de Orientação de Atenção à Pessoas Ostomizadas do município de Fazenda Rio Grande, segue as diretrizes contidas na Portaria nº N° 400 de 16 de novembro de 2009.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	4
2.ESTOMIAS INTESTINAIS	4
3.ESTOMIAS URINÁRIAS.....	6
4.FLUXO DE ATENDIMENTO DE PESSOAS COM ESTOMIAS INTESTINAIS URINÁRIAS	6
4.1.CADASTRO DOS PACIENTES NOVOS.....	6
4.2.DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.....	6
5.AGENDAMENTO DAS AVALIAÇÕES.....	7
6.AGENDAMENTO DE REAVALIAÇÕES.....	8
7.DISPENSAÇÃO DO EQUIPAMENTO COLETOR AO PACIENTE	8
8.ACOMPANHAMENTO	9
9.CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO	9
10.FUNÇÕES DA COORDENAÇÃO	10
11.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
12.REFERÊNCIAS	12
13.ANEXOS.....	13

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atenção às Pessoas Ostmizadas, regulamentado pela Portaria Nº 400, de 16 de novembro de 2009, visa à prestação de assistência especializada, de natureza interdisciplinar, às pessoas com estoma, cuidadores e/ou familiares, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, realização das atividades de vida diária e prevenção de complicações nas estomias.

Esse serviço tem por finalidade coordenar, elaborar, implementar, monitorar e fiscalizar o cumprimento das políticas públicas de reabilitação dirigidas às pessoas ostomizadas. Ressalta-se ainda, que o olhar do cuidado, no contexto da funcionalidade, deve ampliar os horizontes e contextualizar o indivíduo, a família e a comunidade em uma perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à sua inclusão social, bem como sua autonomia no desempenho das atividades e na participação da sociedade.

Importa destacar que, no momento, o Serviço de Atenção às Pessoas Ostmizadas, aqui descrito, se limita ao atendimento das pessoas portadoras de estoma de eliminação na parede abdominal para adaptação de bolsa coletora de fezes e/ou urina.

2. ESTOMIAS INTESTINAIS

Colostomia e ileostomia são definidas, respectivamente, como intervenções cirúrgicas realizadas pela abertura de segmento cólico ou ileal na parede abdominal, visando ao desvio do conteúdo fecal para o meio externo. A colostomia, dependendo da localização, pode ser classificada em:

- I. **Colostomia Ascendente:** É realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso). As fezes são líquidas ou semilíquidas nos primeiros dias após a cirurgia e pastosas após a readaptação intestinal.
- II. **Colostomia Transversa:** É realizada na parte transversa do cólon (porção entre o cólon ascendente e descendente). As fezes são semilíquidas a pastosas. A

colostomia descendente é realizada na parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso). As fezes são de pastosas a sólidas e, no início, o funcionamento do estoma é irregular podendo eliminar fezes várias vezes ao dia, em diferentes momentos. Com o tempo, o funcionamento pode se regularizar, mas será sempre involuntário.

III. Colostomia Descendente: É realizada na parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso). As fezes são de pastosas a sólidas e, no início, o funcionamento do estoma é irregular podendo eliminar fezes várias vezes ao dia, em diferentes momentos. Com o tempo, o funcionamento pode se regularizar, mas será sempre involuntário.

IV. Colostomia Sigmóide: É realizada na parte do sigmóide. As fezes são de firmes a sólidas (semelhante às fezes eliminadas pelo ânus) e é possível adquirir regularidade.

V. Colostomia Úmida em Alça: É realizada para permitir a saída de urina e fezes pelo mesmo estoma. É uma alternativa para pacientes que necessitam de dupla derivação (aparelho urinário e digestório).

A colostomia pode ser duplo barril ou duas bocas: o intestino é separado e as duas porções finais são trazidas para a parede abdominal, formando dois estomas distintos, o estoma proximal, funcionante, e o estoma distal, que não funciona. Como também pode ser de uma única boca dependendo da técnica cirúrgica adotada; a ileostomia é a exteriorização da parte final do intestino delgado, decorrente de qualquer motivo que impeça a passagem das fezes pelo intestino grosso. Os efluentes, nesse caso, são mais líquidos do que os eliminados por uma colostomia.

3. ESTOMIAS URINÁRIAS

Existem diversos tipos de estomias urinárias, sendo elas:

- I. **Urostomia:** é toda forma de drenagem de urina fora dos condutos naturais, que envolve a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra;
- II. **Nefrostomia ou Pielostomia:** Quando derivadas diretamente dos rins;
- III. **Ureterostomia:** Quando exterioriza um ureter;
- IV. **Cistostomia:** Quando deriva da bexiga;
- V. **Vesicostomia:** Quando ocorre a eliminação da bexiga.

4. FLUXO DE ATENDIMENTO DE PESSOAS COM ESTOMIAS INTESTINAIS URINÁRIAS

4.1. CADASTRO DOS PACIENTES NOVOS

O cadastro do novo ostomizado será realizado na Unidade de Saúde de referência pelo próprio paciente ou familiar e/ou responsável que seja capaz de responder todos os informes para o cadastro, não necessitando da presença do paciente neste dia.

4.2. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Para o cadastramento são necessários os seguintes documentos do paciente:

- Resumo de alta hospitalar ou laudo médico com todas as informações contendo o tipo de cirurgia realizada, bem como o CID do diagnóstico;
- Cartão Nacional de Saúde (cartão do SUS);
- Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho ou habilitação);
- CPF;
- Comprovante de residência;
- Certidão de nascimento do usuário e documento com foto do responsável (quando se tratar de criança, adolescente ou curatelado);

- Telefones para contato preferencialmente dois números diferentes para comunicado de agendamento de avaliação.

Estes documentos deverão ser escaneados e encaminhados via protocolo cloud ao organograma Atenção Primária – Doenças Crônicas.

5. AGENDAMENTO DAS AVALIAÇÕES

Os agendamentos das avaliações serão realizados após o envio da documentação para cadastro, a coordenação do programa entrará em contato com paciente e/ou responsável pelos números indicados no processo para confirmação do cadastro e identificação do modelo de bolsa que o paciente está utilizando, posteriormente entrará em contato com a empresa responsável pelo fornecimento do material e agendará uma avaliação com profissional estomoterapeuta.

No dia da avaliação a coordenação do Programa em conjunto com um profissional de enfermagem da UBS deverá acompanhar a visita em domicílio, para a indicação de equipamento coletor, acessórios e adjuvantes; orientações quanto ao cuidado, manuseio e uso dos dispositivos, sua conservação e melhor aproveitamento; instrução sobre a prevenção de complicações e cuidados com a pele. Durante avaliação será entregue o primeiro Kit padrão com 10 equipamentos coletores (bolsas) com orientação das trocas de 3 a 4 dias para que a quantidade seja suficiente para o mês, bem como o preenchimento do formulário da Consulta de Enfermagem ao Paciente Ostomizado (anexo I) modelo padrão COMESP.

As complicações físicas do estoma são classificadas de acordo com o tempo, contando a partir da intervenção cirúrgica. Podem ser imediatas, precoces e tardias. Imediatas quando aparecem nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Precoces quando aparecem entre o 1º e 7º dia no pós-operatório, que corresponde ao pós-operatório mediato. Tardias, quando se manifestam após a alta hospitalar, ou seja, quando os familiares ou a pessoa ostomizada assume os

cuidados com o estoma. Nesses casos pode ser necessária uma quantidade maior de equipamento coletor, porém o paciente deverá ser reavaliado pelo Estomoterapeuta para indicação do aumento deste quantitativo padrão.

Estomizados que tiverem alta hospitalar sem nenhuma orientação de enfermagem e sem material para troca até o dia da avaliação, receberão uma quantidade de 1 ATÉ 5 unidades de bolsas relativas ao seu tipo de estoma (intestinal ou urinária), que tenha suficiente no estoque e com prazo de validade mais próximo de expirar em comparação a outras bolsas. Deverá ser oportunizada ao paciente a maior amplitude de marcas possível, disponível em estoque e padronizadas pela Instituição.

Salientamos que estamos integrados ao Programa de Ostomias do COMESP e as empresas que prestam esses atendimentos são vinculadas a este serviço.

6. AGENDAMENTO DE REAVALIAÇÕES

O paciente que apresentar complicações ou problemas de adaptação com o equipamento coletor escolhido durante a avaliação deverão passar por reavaliação que poderão ser agendadas pelo enfermeiro da UBS, pelo paciente ou familiar via telefone da Divisão de Atenção Primária 3608-7763 com a Coordenação do Programa de Ostomias.

Caso o paciente relate insatisfação com a quantidade de dispositivos e adjuvantes prescritos pelo Estomoterapeuta ou relate má adaptação com o dispositivo prescrito, deverá retornar, mediante agendamento, para ajustes de quantidades (caso realmente necessário) ou mudança de dispositivo, conforme tipo de estoma e preferência do usuário.

7. SOLICITAÇÃO DOS MATERIAIS

Os insumos do Programa de Ostomias são solicitados através de planilha padronizada pelo COMESP e encaminhadas até o 3º dia do mês corrente e o

recebimento dos materiais pelas empresas fornecedoras ocorrem entre os dias 25 e 30 de cada mês

8. DISPENSAÇÃO DO EQUIPAMENTO COLETOR AO PACIENTE

- Após o recebimento e conferência os materiais serão separados encaminhados nominalmente para a Unidade de Saúde de referência do usuário, acompanhado da ficha de dispensação (anexo II) que deverá ser assinada no momento da entrega.
- O paciente e/ou responsável deverá apresentar documento de identificação em nome do paciente para retirada do material.
- Ao final de cada mês as fichas de dispensação assinadas deverão ser encaminhadas para Atenção Primária com a finalidade de arquivo. Via malote aos cuidados de Roberta.
- Os materiais dispensados deverão ser baixados via sistema Benjimed pelo nome do usuário, códigos do produto e quantidades.
- Após dispensação alimentar planilha no google drive para acompanhamento das retiradas pela coordenação do programa e previsão da nova compra dos materiais.

9. ACOMPANHAMENTO

Os pacientes serão acompanhados pela equipe da Unidade Básica de Saúde e pela coordenação do Programa de Ostomias sempre que necessário, e será realizado atendimento até a adaptação do paciente;

Em caso de complicações de estomas o paciente é orientado a agendar com médico responsável pela intervenção cirúrgica;

As trocas de bolsas e acessórios ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e mediante prescrição do enfermeiro;

Realização de busca ativa mensal através de visita domiciliar do ACS para confirmação de residência do paciente e a efetiva utilização do material que está sendo dispensado.

10. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

- Mudança de endereço para outra cidade;
- Paciente opta adquirir as bolsas de ostomia pelo Convênio Médico;
- Óbito: Em situações de óbito, a UBS deverá orientar o familiar a trazer bolsas e adjuvantes que porventura não tenha sido usado pelo falecido. Será dada baixa no cadastro do Programa de Ostomias, constando data do óbito e a data em que foi informado.
- Cura: cirurgia de reversão da ostomia. Em situações de reversão, deverá seguir o mesmo fluxo dos óbitos com a devolução do material que não foi utilizado, baixa no cadastro, data da reversão e data em que foi informada a reversão.
- Bloqueio: paciente que não comparecer para retirada do material de equipamento coletor por mais de 2 meses sem justificativa.

Observações: o material de devolução deverá ser encaminhado para a coordenação do Programa de Ostomias para controle e manejo a outros pacientes. Em situações em que o paciente reverte e que por algum motivo necessita confeccionar o estoma novamente, seguirá o fluxo de atendimento deste protocolo como cadastro de pacientes novos;

11. FUNÇÕES DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

- I. Coordenar a equipe no que diz respeito ao fluxo e processos de trabalho com vistas à qualidade do atendimento;
- II. Participar de reuniões (internas e externas);
- III. Acompanhar o controle de estoque e as aquisições dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;
- IV. Supervisionar as atividades comuns dos outros profissionais da equipe;

- V. Manter comunicação frequente com o responsável pela dispensação dos materiais, verificando a correta adequação entre a prescrição e a entrega aos usuários;
- VI. Acompanhar os processos relacionados ao serviço.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manual supracitado foi produzido na perspectiva de melhorar o atendimento ao público estomizado, de modo a definir atribuições dos profissionais, bem como dinâmica de atendimento. A produção de resultados positivos estará intrinsecamente vinculada à execução deste manual.

Trata-se de um manual de caráter definitivo, sendo facultado aditivo no decorrer do tempo. Situações que não foram relatados neste manual, seguirão para decisão em mesa redonda com os funcionários do setor e anuência da direção.

13. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 07 de março, 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de orientação aos serviços de atenção às pessoas ostomizadas.** Vitória, 2017.

PREFEITURA DE PIRACICABA. **Protocolo de atendimento ambulatorial de estomaterapia – estomas e incontinência.** Piracicaba, 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. **Guia de atendimento ao paciente ostomizado.** Brasília, 2019.

14. ANEXOS



CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ESTOMIZADO

1. Dados sociodemográficos	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Sexo: () F () M	Cartão SUS:
Endereço:	
Bairro:	US:
CPF:	RG:
Nome da mãe:	
O estomizado autoriza a retirada do material por algum familiar/responsável? () Não () Sim Caso afirmativo, preencha os campos abaixo:	
Nome:	
Contato telefônico do responsável:	
2. Dados sobre o estoma	
Data da cirurgia: ___/___/____	
Está entre 1º a 60º pós-operatório (PO)? () Não () Sim. Se sim: _____ PO	
Atualmente, é submetido a: () Quimioterapia () Radioterapia	

Avaliação do estoma:

Tipo: () Colostomia () Ileostomia () Urostomia () Colostomia úmida Permanência:

() Temporário () Permanente () Indefinido

Bordas: () Regulares () Irregulares. Diâmetro: _____

Coloração estoma: _____

Forma: () Circular () Labiada/Ovalada () Protusa () Reta ao abdômen Local: (

) QSD () QSE () QID () QIE () Região umbilical

Complicações:

() Prolapso () Retração () Dermatite periestomal () Hérnia paraestomal () Ascite () Fístula
() Prega abdominal

Consistência do efluente: () Pastoso () Firme () Endurecido

Prescrição de equipamentos e adjuvantes:

() Sistema uma peça/placa plana, flange _____ (

) Sistema uma peça/placa convexa, flange _____

() Sistema duas peças/placa plana, flange

_____ () Sistema duas peças/placa convexa, flange

_____ **Adjuvante(s):**

() Pasta de hidrocolóide () Filme barreira (spray/lenço) () Pó para dermatite () Cinto ()

Outros, especificar e justificar: Justificar motivo de uso de Adjuvantes:

_____ **Local, data, nome, assinatura e
carimbo:**

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE BOLSAS PARA PACIENTES
OSTOMIZADOS

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
FAZENDA RIO GRANDE	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
1. NOME: _____	
2. SEXO: () FEMININO () MASCULINO	3. DATA DE NASCIMENTO:
4. CARTÃO SUS:	
5. ENDEREÇO: _____	
6. TELEFONE:	
7. RESPONSÁVEL NA AUSÊNCIA DO PACIENTE: _____ _____	
8. ENDEREÇO: _____	
9. TELEFONE: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO KIT	
TIPO E QUANTIDADE DE KIT ENTREGUE – CÓDIGO COMESP QUANTIDADE/MÊS	
Código do equipamento BOLSA:	
QUANTIDADE/MÊS	Código do equipamento PLACA:
QUANTIDADE/MÊS	Código do equipamento BOLSA/PLACA:
BARREIRAS CUTÂNEAS () SIM () NÃO	
Resina em: () PASTA () FILETE	
QUANTIDADE/MÊS: _____	

Assinatura: _____

Data: / /



Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná - COMESP
Rua da Paz, 236 – Curitiba – Paraná – CEP 80060-160

Fone: 041.3254-5010 – Email: consorcio@comespsaude.com.br – www.comespsaude.com.br