



Coren RN

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

DECISÃO Coren-RN nº 118/2015

O Plenário do Coren-RN decide disciplinar a competência do enfermeiro para realizar a troca de sondas de gastrostomia na clientela infantil.

A Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte – Coren-RN, juntamente com o Secretário desta Autarquia, no uso de suas atribuições legais;

CONSIDERANDO o que lhe confere a Lei 5.905 de 12 de julho de 1973;

CONSIDERANDO o estabelecido pelo Decreto Nº. 94.406/87 que regulamenta a Lei 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem, cujo dispositivo elenca as atribuições do enfermeiro;

CONSIDERANDO o disposto no Parecer Coren-RN Nº. 03/2015 quanto a competência do Enfermeiro para realizar a troca de sonda de gastrostomia tanto em Adultos quanto em Crianças;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário deste Conselho em sua 503ª Reunião Ordinária Plenária, de 11 de dezembro de 2015.

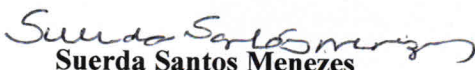
DECIDE:


Art. 1º - Definir que compete ao profissional Enfermeiro, desde que devidamente capacitado e embasado nos conhecimentos científicos, com segurança e habilidade, a troca de sonda de gastrostomia, tanto em Adultos, quanto em Crianças.

Art. 2º - Delimitar essa competência, desde que exista um trajeto e prescrição médica, para esse procedimento, visando garantir uma assistência de enfermagem livre de negligência, imprudência e imperícia.

Art. 3º - A presente Decisão entrará em vigor a partir da data da sua assinatura.

Natal/RN, 11 de dezembro de 2015.


Suerda Santos Menezes
Coren-RN Nº 63.738
Presidente


Ricardo Manhães de Araújo
Coren-RN Nº 30.156
Secretário



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

Parecer nº 03/2015 Coren-RN

Interessado: Enfermeira do Hospital Maria Alice Fernandes

Pareceristas:

Ementa: Inserção de sonda de gastrostomia por enfermeiro.

Histórico

Trata-se o presente parecer sobre a competência do enfermeiro inserir sonda de gastrostomia.

Do parecer

Para atender a solicitação, respondemos a questão em tela.

Fundamentação e análise

Conforme Santos et al. (2011), a gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. As vias de acesso tradicionalmente empregadas para realização da gastrostomia são: laparotomia, endoscopia e laparoscopia.

A gastrostomia pode ser definida como “uma abertura artificial anterior do estômago, cuja fixação se dá através do peritônio parietal, por meio de sutura em bolsa em torno do cateter ou tubo”. A principal indicação para a realização de gastrostomia é o uso de tubo nasoenteral por mais de 30 dias, associado à incapacidade do paciente em manter ingestão oral suficiente.

As gastrostomias são indicadas em várias situações clínicas, dentre elas, podemos destacar: os quadros de estenoses, processos inflamatórios, infecciosos e obstruções do



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

trato digestivo alto, pacientes com dificuldades de deglutição, disfagias neurogênicas e em pacientes em uso prolongados de sonda nasoenteral.

Apesar de em sua grande maioria encontrarmos a realização destes procedimentos principalmente em pessoas idosas com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), portadores de mal de Alzheimer e outros casos de demência, pacientes oncológicos, principalmente nos portadores de tumores de cabeça, pescoço ou esôfago. Também encontramos a gastrostomia indicada para crianças e adultos jovens acometidos de problemas neurológicos, muitas vezes congênitos.

Em ambos os grupos, verificamos que trata de pacientes cronicamente enfermos, que requerem atenção e cuidados especiais, que em sua maioria necessitam de apoio e cuidados de equipe multidisciplinar.

A gastrostomia endoscópica percutânea inclui procedimento de endoscopia digestiva alta e gastrostomia percutânea por via endoscópica. Os riscos do procedimento são inferiores àqueles observados com gastrostomia cirúrgica e envolvem os riscos associados ao exame endoscópico e aqueles relacionados à realização da gastrostomia. No entanto, como todo ato médico, ela não é isenta de riscos. As principais complicações associadas à gastrostomia são: extravasamento de suco gástrico e/ou dieta pelo óstio da gastrostomia; inflamação do óstio da gastrostomia.

De acordo com o Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva 2010 na representação da Comissão de Diretrizes e Protocolos estabelece para a *Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP)*, as indicações iniciais de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP), exclusivamente para acesso alimentar prolongado somaram-se várias outras: descompressão para obstrução intestinal, gastropexia para tratamento de volvo gástrico e de hérnias gástricas trans-hiatais volumosas, acesso para cateter alimentar duodenojejunal, acesso para cirurgia transgástrica, recirculação para a bile drenada por via percutânea, acesso para múltiplas medicações não palatáveis na infância, entre outras. As fronteiras do intestino delgado desbravadas pelos enteroscópios permitiram a realização da gastrostomia no estômago excluído pela cirurgia bariátrica.

As contraindicações, ao longo do tempo, diminuíram na medida em que se avançava na experiência e consolidação dos conhecimentos obtidos com as lições da prática diária,



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

enfrentando as complicações. Hoje, apenas uma coagulopatia não corrigida permanece como a única e verdadeira contraindicação absoluta, várias dúvidas e questionamentos surgiram, no decorrer dos anos, interessando os aspectos éticos nas indicações, especialmente em pacientes portadores de quadros demenciais ou em fase terminal de neoplasia maligna.

Os elevados índices de sucesso e baixos percentuais de complicações da gastrostomia endoscópica a qualificam como o método de escolha para as indicações descritas.

Embora a principal indicação da GEP, na prática clínica diária, seja relacionada com a administração de alimentação enteral de longo prazo para pacientes com disfagia, sua aplicação em diversas condições ou situações não associadas especificamente ao suporte nutricional determinou a expansão do espectro de indicações deste procedimento.

Em casos de obstruções temporárias, o acesso ao estômago e intestino delgado pode ser feito através de uso de sondas via nasal ou oral, com o intuito de descompressão ou até mesmo de suporte nutricional.

Visto a necessidade de prolongamento do tempo da descompressão gástrica ou até mesmo de um maior suporte nutricional, pode ser vislumbrada a realização de uma gastrostomia, que consiste em uma alternativa mais confortável ao paciente, uma vez que este procedimento substitui a sondagem nasogástrica, permitindo uma maior mobilidade, diminuindo os riscos de bronco-aspirações, por não interferir com a respiração e os mecanismos fisiológicos de limpeza das vias aéreas superiores.

Menos comumente, a colocação de GEP pode ser necessária para pacientes com disfagia causada por traumatismos de face, mandíbula ou crânio encefálico (TCE). Além disso, a GEP também pode ser indicada para pacientes que, mesmo sem disfagia, apresentam doenças crônicas que necessitem de suplementação nutricional (síndrome do intestino curto, doença de Cohn, síndromes de má-absorção) ou pacientes com condições catabolizantes agudas ou crônicas que requerem suporte nutricional complementar (grandes queimados, SIDA, fibrose cística, doença cardíaca congênita).

O segundo modo de utilização mais comum da GEP visa permitir a descompressão gastrointestinal paliativa. A GEP pode ser indicada para descompressão gástrica crônica em pacientes com distúrbios motores (atonía gástrica), obstrução benigna (bridas múltiplas ou obstrução do trato de saída gástrico em pacientes sem condições cirúrgicas) ou maligna



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

(carcinomatose peritoneal, tumores obstrutivos, congelamento pélvico) do trato gastro intestinal.

Indicações menos comuns da GEP compreendem a administração de medicamentos impalatáveis, recirculação de bile, fixação gástrica em casos de volvo ou hérnias diafragmáticas, facilitar o acesso para dilatação retrógrada ou anterógrada de esôfago ou hipofaringe, colocação de próteses esofágicas em casos especiais e fornecer acesso gástrico para aplicação de técnicas terapêuticas intraluminais.

Desde a introdução da GEP, primeiramente descrita por Gauderer e colaboradores em 1980, este procedimento tornou-se o procedimento padrão para administração de suporte nutricional enteral de longo prazo. Três técnicas principais para realização de GEP são descritas. A técnica de tração (Gauderer-Ponsky), descrita em 1980, é o método original e mais amplamente utilizado para realização de gastrostomia. O método de pulsão (Sachs-Vine), descrito em 1983, difere do método de tração pelo fato de a sonda ser empurrada (e não puxada) por sobre um fio-guia através da cavidade oral, esôfago, estômago e parede abdominal. No método de introdução ou punção (Russell), descrito em 1984, um fio guia é posicionado no estômago sob visualização endoscópica e então o trato é dilatado para permitir a introdução da sonda balonada através da parede abdominal para o estômago, utilizando uma bainha, além disso, foram também desenvolvidas variantes técnicas utilizando trocáteres introdutores de sondas associados ao uso de dispositivos para sutura (gastropexia endoscópica) das paredes gástrica e abdominal.

A comparação das diferentes técnicas endoscópicas mostrou que todas são equivalentes em termos de segurança, morbidade e sucesso no posicionamento da sonda. Quando confrontados os 3 métodos, não existe consenso, na literatura, sobre qual é o melhor ou mais adequado método para realização da GEP. A escolha provavelmente deve levar em consideração fatores como preferência e experiência pessoal com determinada técnica pelos médicos endoscopistas, disponibilidade de material no serviço, doença de base e quadro clínico patológico do paciente.

Na prática clínica habitual, para realização da GEP é necessária a internação dos pacientes, com períodos de hospitalização que variam de 1 a 7 dias, entretanto, o procedimento é feito em pacientes previamente internados por outras condições clínicas, e que



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

no decorrer da doença necessitam de suporte enteral prolongado, geralmente a infusão da dieta é iniciada 12 a 24 horas após o procedimento, devido ao receio de extravasamento do conteúdo gástrico para a cavidade peritoneal ou de bronco aspiração.

As principais causas de dificuldade ou falha na transiluminada são determinadas por cirurgias abdominais prévias (com formação de aderências e tecido cicatricial), localização gástrica pouco comum (subcostal), obesidade, vísceras interpostas, infiltração tumoral no estômago e carcinomatose peritoneal.

Tão importante quanto a escolha da técnica, o tipo de sonda a ser utilizada para realização do procedimento pode assegurar o sucesso do mesmo.

Existem vários tipos de sonda, geralmente quando o processo é feito pelo método de tração a primeira sonda de gastrostomia a ser colocada tem dois anteparos, sendo um interno, que fica localizado na cavidade gástrica junto a mucosa e outro externo, que se ajusta a parede abdominal. Outro tipo de sonda utilizada é a balonada, em que o anteparo interno é um balão que fica permanentemente insuflado, sendo esta última o tipo de sonda mais utilizadas nas trocas de sondas e quando a gastrostomia é feita pelo método de punção e gastropexia com confecção de pontos de fixação.

Partindo das especificidades técnicas, entendemos que o procedimento de troca de sonda de gastrostomia é considerado complexo, devendo estar embasado a Lei 7.498/86 regulamentada pelo decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício profissional de Enfermagem, em seu artigo 11, inciso I alínea “m”, em que define como ação privativa do Enfermeiro os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Por outro lado, encontramos formalmente a especialidade do Enfermeiro Estomaterapeuta pela Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST, no documento Competência do Enfermeiro Estomaterapeuta, que estabelece:

A estomaterapia é uma especialidade (pós-graduação *latu sensu*) da prática do enfermeiro – instituída no Brasil em 1990 – voltada para assistência as pessoas com estomias, fistulas, tubos, cateteres e drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências anal e urinária, nos seus aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida (Estatuto SOBEST).

Conforme a aprovação da Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009 do Ministério da Saúde, que regulamenta a atuação dos serviços de saúde do SUS a partir da necessidade de

Av. Romualdo Galvão, 558-Tirol - Cep. 59022-100 Natal-RN Telefax: (84) 3222-8254
Home page: <http://www.coren.rn.gov.br> E-mail: fiscalizacao@coren.rn.gov.br



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

garantir às pessoas ostomizadas a atenção integral a saúde, por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar. Esta portaria propõe.

1. O serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas I

1.1 Definição: serviço que presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com ostoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação do autocuidado, prevenção de complicações nas ostomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados a estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de Reabilitação Física.

1.4 Recursos Humanos. O serviço deverá dispor de no mínimo, os seguintes recursos humanos:

- O número de profissionais deve ser adequado às demandas e a área territorial de abrangência do serviço dando-se à prioridade a maior proporção de enfermeiros na equipe.

Com base no exposto pelas revisões e considerações técnicas acima detalhados referente ao procedimento de troca de sonda de gastrostomia, uma vez estabelecido o trajeto através de um procedimento primário realizado pela equipe médica e, sob prescrição médica, o profissional Enfermeiro poderá realizar a troca de sonda de gastrostomia, desde que tenha comprovado competência para a realização do procedimento, tanto pelo conhecimento científico, como pela sua capacidade de tomar decisões imediatas, desde que o Enfermeiro no desempenho de suas funções laborais proceda de forma segura ao seu cliente a realização do procedimento sem que este traga qualquer prejuízo.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Considerando a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem que em seu artigo 11, inciso I “m”, dispõe que o enfermeiro exerce privativamente “os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Considerando o decreto 94406/87, que regulamenta a Lei 7498/86.

Considerando a resolução do COFEN 311/07, que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seus art. 12 e 13 segura que:

Artigo 12 “ Assegurar pessoas, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Artigo 13 “ Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz do desempenho seguro para si ou para outrem”.

Av. Romualdo Galvão, 558-Tirol - Cep. 59022-100 Natal-RN Telefax: (84) 3222-8254
Home page: <http://www.coren.rn.gov.br> E-mail: fiscalizacao@coren.rn.gov.br



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

Considerando o projeto de Lei 7703/06, do exercício profissional, adotado pelo CFM, que define que a troca de sonda de gastrostomia não é privativa do profissional médico.

No que se refere ao entendimento do Conselhos Regionais e Federal de Enfermagem explicitam que:

Parecer COFEN N. 06/2013 – “ A troca de sonda de gastrostomia deve ser realizada pelo profissional enfermeiro, desde que tenha segurança na realização do procedimento, avaliando sua competência técnica, garantindo uma assistência de enfermagem segura, com bases científicas e com alto profissionalismo. Quanto a troca de sonda de jejunostomia, esta deverá ser realizada preferencialmente pelo Enfermeiro Estomaterapeuta, garantindo uma assistência de enfermagem segura e livre de danos. ” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013);

Parecer COREN – MG N. 120/2009 - “ O procedimento de troca de sonda de gastrostomia pode ser realizado pelo enfermeiro desde que se sinta devidamente capacitado e não ofereça riscos ao paciente, para si e para outrem” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM MINAS GERAIS, 2009);

Parecer COREN – PR N. 001/2010 - “ Uma vez estabelecido o trajeto de gastrostomia, sob prescrição médica, o profissional Enfermeiro poderá realizar troca da sonda de gastrostomia, desde que tenha comprovado competência para tal”. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM PARANÁ, 2010);

Parecer COREN – AL N. 008/2010 - “ assegurada a capacidade técnica, não encontramos impedimento do ponto de vista ético e legal para a troca, pelo Enfermeiro, da sonda de gastrostomia e da cânula de traqueostomia já bem estabelecidas. ” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS, 2010);

Parecer COREN – RO N. 001/2012 - “ compete ao profissional a troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia, bem como de cio ostomia e cânula de traqueostomia desde que tenha segurança na realização do procedimento, avaliando criteriosamente sua competência técnica, científica e ética, para que não venha lesar o paciente por imperícia, negligência ou imprudência, garantindo uma assistência de enfermagem segura, com bases e com alto profissionalismo.”(CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RONDÔNIA, 2012);

Parecer COREN – SP N. 45/2012 - “ troca de sonda de gastrostomia é um procedimento que envolve critérios definidos pelo cirurgião responsável e equipe especializada. O Enfermeiro pode realizar o procedimento apenas na condição de ser estomaterapeuta ou membro da equipe EMTN vinculadas a serviço de referência, e tendo, portanto, recebido treinamento específico e formalizado. Considerando-se a complexidade do procedimento, o mesmo deve ser realizado em ambiente hospitalar com possibilidade de atendimento pela equipe especializada. O procedimento não deve ser delegado a Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, salvo em situação de exteriorização accidental. A troca de sondas/cateteres de jejunostomia deve ser realizada exclusivamente pelo médico responsável. ” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2012);

Parecer COREN – DF N. 003/2013 - “ somos do parecer que não há impedimento legal para o Enfermeiro realizar a troca de sonda de gastrostomia, desde que tenha segurança e treinamento para a realização do procedimento, *visando*



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

uma assistência de enfermagem livre de imperícia, negligência e imprudência. ”
(CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL,
2013);

CONCLUSÃO

Concluimos que compete ao profissional Enfermeiro, desde que devidamente capacitado e embasado nos conhecimentos científicos, com segurança e habilidade, a troca de sonda de gastrostomia, tanto em Adultos, quanto em Crianças, uma vez que já exista um trajeto e sob prescrição médica, visando garantir uma assistência de enfermagem livre de negligência, imprudência e imperícia. Quanto à troca de sonda de jejunostomia, esta deve ser realizada preferencialmente pelo Enfermeiro Estomaterapeuta, assegurando um procedimento seguro e livre de danos.

É o parecer, SMJ.

Natal, 10 de dezembro de 2015.

Emília dos Santos Silva Coêlho

Coren – RN: 95.770

Suerda Santos Menezes

Coren- RN nº 63.738

Valkiria Martins Costa Torres

Coren-RN nº 71.708



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Lei do exercício da Enfermagem n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jun 1986.
2. _____. Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamentada a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício de Enfermagem e dá outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 jun 1987.
3. BRASIL, Portaria do Ministério da Saúde n. 400 de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes para pessoas ostomizadas, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em 26 nov 2015.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 311/2007. Nutricional Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em 26 nov 2015.
5. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 453/2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html. Acesso em 26 nov 2015.
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer 06/2013. Parecer sobre a troca de sonda de gastrostomia e de jejunostomia pelo profissional Enfermeiro. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-062013cofenctas-2_28109.html. Acesso em 26 nov 2015.
7. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM PARANÁ. Parecer COREN – PR n. 001/2010. *Competência legal do Enfermeiro na troca de Sonda Vesical de demora em cistostomia, gastrostomia e realização de curativos ortopédicos*. Disponível em:



Coren^{RN}

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte

- http://pr.corens.portalcofen.gov.br/parecer-0012010_1187.html. Acesso em 26 nov 2015.
8. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM ALAGOAS. Parecer COREN – AL n. 008/2010. competência do Enfermeiro para realizar a troca da cânula de traqueostomia e de gastrostomia. Disponível em: <http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer-tecnico-008-2010.pdf>. Acesso em 26 nov 2015.
 9. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM MINAS GERAIS. Parecer COREN – MG n. 120/ 2009. competência do Enfermeiro para realizar a troca da cânula de gastrostomia. Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br/corenmg/camaras-tecnicas/pareceres-tecnicos.html>. Acesso em 26 nov 2015.
 10. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM RONDÔNIA. Parecer COREN – RO n. 001/2012. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO DE TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/parecer-tecnico-no-0012012-competencia-do-enfermeiro-para-realizar-o-procedimento-de-troca-de-sonda_1161.html. Acesso em 26 nov 2015.
 11. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DISTRITO FEDERAL. Parecer COREN – DF n. 003/2013. trata da troca de sonda de gastrostomia por enfermeiro, além da utilização da sonda de Foley para tal procedimento. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/divulgados-dois-pareceres-tecnicos-do-coren-df/>. Acesso em 26 nov 2015.
 12. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN – SP CAT n. 45/2012. Troca de sonda de gastrostomia e jejunostomia. Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Acesso em 26 nov 2015.
 13. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Competência do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro Pós Graduado em Estomaterapia (PEGT). Disponível em: http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=52. Acesso em 26 nov 2015
 14. GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA. Disponível em http://www.sobed.org.br/wp-content/uploads/2013/10/Gastrostomia_Endoscopica_Percutanea.pdf. Acesso em 26 nov 2015.
 15. GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA. Apresentação da técnica. Disponível em: http://www.sped.pt/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=87&Itemid=200. Acesso 26 nov 2015.