

# ESTIMA



Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia:  
estomias, feridas e incontinências

*Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*



Bolsa de ostomia de uma  
peça com a **Tecnologia  
Moldável Convatec®**

O conforto da  
bolsa de uma  
peça associado a  
praticidade de  
duas peças!

95,6%

pele saudável  
mantida

Pessoas que passaram  
a utilizar a **Tecnologia  
Moldável Convatec®**,  
mantiveram a pele  
saudável.<sup>1</sup>

86,2%

condição da pele  
melhorada

Pessoas que mudaram  
para a **Tecnologia  
Moldável Convatec®**,  
melhoraram sua  
condição de pele.<sup>1</sup>



Serviço de Atendimento ao Cliente

**08000-7276-115**

sac.brasil@convatec.com

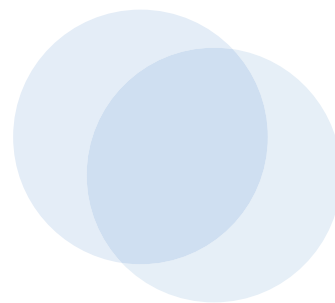
www.convatec.com.br

References: 1. Szewczyk MT, Majewska GM, Cabral MV, Hölzel-Piontek K. Osmose Study: Multinational Evaluation of the Peristomal Condition in Ostomates Using Moldable Skin Barriers. Poster presented at ECET, Paris, France, June 2013. TM indicates trademarks of ConvaTec Inc. ©2014 ConvaTec Inc. AP-014415-MM



# ESTIMA

Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia:  
estomias, feridas e incontinências  
*Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*



**EDITORES:** Maria Angela Boccara de Paula e Gisele Regina Azevedo

## CONSELHO EDITORIAL

Adriana Pelegrini dos Santos Pereira  
*ET TISOBEST, PhD – FAMERP (SP)*

Afonso Henrique da Silva e Souza Jr  
*Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)*

Christine Norton  
*Continence nurse, PhD – King's College (London)*

Diana Lima Vilela  
*Enfermeira, PhD – Hospital do Câncer (SP)*

Diba Maria Sebba Tosta de Souza  
*Enfermeira, ET, PhD – UNIVÁS (MG)*

Eline Lima Borges  
*ET TISOBEST, PhD – UFMG (MG)*

Federico Palomar Llatas  
*Enfermeiro em Dermatologia, PhD – Unversid Católica de Valencia (Espanha)*

Gisele Martins  
*Enfermeira, PhD – UnB (DF)*

Gisele Regina Azevedo  
*Enfermeira, ET TISOBEST, PhD – FCMS-PUC (SP)*

Isabel Cristina Vieira Santos  
*Enfermeira, TISOBEST, PhD – UPE (PE)*

Ivone Kamada  
*Enfermeira, ET, PhD – UnB (DF)*

José Márcio Neves Jorge  
*Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)*

José Contreras Ruiz  
*Médico, PhD – Hospial General DR. Manuel Gea Gonzalez (México)*

Kazuko Uchikawa Graziano  
*Enfermeira, PhD – EEUSP (SP)*

Kevin Woo  
*Enfermeiro, PhD – The New Women's College Hospital (Canadá)*

Leila Blanes  
*Enfermeira, ET, PhD – Hospital São Paulo (SP)*

Letícia Faria Serpa  
*Enfermeira, PhD – Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)*

Lydia Massako Ferreira  
*Médica, PhD – UNIFESP (SP)*

Manlio Basilio Speranzini  
*Médico Cirurgião, PhD – FMUSP (SP)*

Maria Angela Boccara de Paula  
*Enfermeira, ET TISOBEST, PhD – UNITAU (SP)*

Maria Euridéia de Castro  
*Enfermeira, ET TISOBEST, PhD – UECE (CE)*

Maria Helena Baena de Moraes Lopes  
*ET TISOBEST, PhD – UNICAMP (SP)*

Maria Helena Barros de Araújo Luz  
*Enfermeira, ET, PhD – UFPI (PI)*

Maria Helena Caliri  
*Enfermeira, ET, PhD – EEUSP (SP)*

Mônica Antar Gamba  
*Enfermeira, PhD – UNIFESP (SP)*

Noemi Marisa Brunet Rogenski  
*Enfermeira, ET, PhD – Hospital Universitário – USP (SP)*

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza  
*ET TISOBEST – UERJ (RJ)*

Pedro Roberto de Paula  
*Médico, PhD – UNITAU (SP)*

Regina Ribeiro Cunha  
*ET TISOBEST, PhD – UFPA (PA)*

Sandra Nidia Guerrero Gamboa  
*Enfermeira, ET, PhD – Universidad Nacional de Colombia (Colômbia)*

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas  
*ET TISOBEST, PhD – UNICAMP (SP)*

Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos  
*ET TISOBEST, PhD – EEUSP (SP)*

Vilma Madalosso Petuco  
*Enfermeira, ET, PhD – UPF (RS)*

# EXPEDIENTE

## GESTÃO DA SOBEST 2015 – 2017

### DIRETORIA

**Presidente:** Maria Angela Boccara de Paula (SP)

**Vice-Presidente:** Gisele Regina de Azevedo (SP)  
presidente@sobest.com.br

**Primeiro Tesoureiro:** Ana Beatriz Pinto da Silva Morita (SP)

**Segundo Tesoureiro:** Cintia Hanate (SP)  
tesouraria@sobest.com.br

**Primeiro Secretário:** Ednalda Maria Franck (SP)

**Secretária Adjunta:** Pollyanna Santos Carneiro da Silva (SP)  
secretaria@sobest.com.br

### Conselho Científico

Fernanda Mateus Queiroz Schmidt (SP)

Camila Cantarino Nascentes (RJ)

Silvia Angélica Jorge (SP)

Ciliana Antero Guimarães da Silva Oliveira (SP)

Elisabete Capalbo Ferolla (SP)

### Departamento de Educação

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas (SP)  
educacao@sobest.com.br

### Departamento de Desenvolvimento Profissional

Rita de Cássia Domansky (PR)

desenvolvimento.profissional@sobest.com.br

### Departamento de Comunicação e Marketing

Suely Rodrigues Thuler (SP)

comunicacao@sobest.com.br

### Departamento de Relações Internacionais

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos (SP)

international.relations@sobest.com.br

### Departamento de Relações Seccionais

Juliano T. Moraes (MG)

seccionais@sobest.com.br

### Conselho Fiscal

Vanessa Soares de Araújo (SP)

Rosa Takako Eguchi (SP)

Danivea Bongiovanni Poltronieri Munhoz (SP)

### Delegado Internacional

Suzana Aron (SP)

### Seção Bahia

**Presidente Seccional:** Roberta Mendonça Viana

### Seção Ceará

**Presidente Seccional:** Luciana Catunda Gomes de Menezes

### Seção Distrito Federal

**Presidente Seccional:** Janete Carvalho de Freitas

### Seção Minas Gerais

**Presidente Seccional:** Claudia Regina de Souza Santos

### Seção Paraná

**Presidente Seccional:** Gisela Maria de Assis

### Seção Rio de Janeiro

**Presidente Seccional:** Tânia das Graças de Souza Lima

### Seção Rio Grande do Sul

**Presidente Seccional:** Daniela de Oliveira Cardozo

### Seção Santa Catarina

**Presidente Seccional:** Karina Cardoso Gulbis Zimmermann

### Seção São Paulo

**Presidente Seccional:** Daisy B. Archila

### Seção Pernambuco

**Presidente Seccional:** Marília Perrelli Valença

### Seção Pará

**Presidente Seccional:** Regina Ribeiro Cunha

### Revista Estima

ISSN: 1806-3144

Indexação:

**EBSCO**

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CUIDEN – Base de dados bibliografia de La Fundacion Index

REHIC – Catalogo eletrônico de periódicos

LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para

Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España

y Portugal

ULRICH – Global Serials Directory

CLASE – Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y

Humanidades

**Primeira edição:** 15/06/2003

**Editores Fundadores:** Beatriz Farias Alves Yamada,

Noemi Marisa Brunet Rogenski e Leila Blanes

### Revista Oficial da Associação Brasileira

**de Estomaterapia: estomias, feridas e**

**incontinências – SOBEST**

**Tiragem:** 700 exemplares

**Produção Editorial:** Associação Brasileira de Estomaterapia /

Zeppelini Editorial / Instituto Filantropia

**Capa:** Zeppelini Editorial

**Distribuição:** gratuita para membros ativos da Sobest -

Associação Brasileira de Estomaterapia

Rua Antonio de Godoi, 35, cj. 102 – Centro – São Paulo (SP) –

CEP: 010334-001

Fone: (11) 30820659

www.sobest.org.br

sobest@sobest.org.br



Vol 14 Edição 2  
(abr/mai/jun 2016)



Vol 14 Edição 3  
(jul/ago/set 2016)

Edições  
anteriores:

**Propriedades e Direitos:** Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos do Autor e não poderão ser reproduzidos sem a permissão por escrito da SOBEST, porém qualquer ilustração editada como cortesia é de propriedade do cedente. A Revista Estima fará o máximo esforço para manter a fidelidade do material original, porém não se responsabiliza pelos erros gráficos surgidos. As opiniões assinadas não representam necessariamente a opinião dos editores da revista.

# SUMÁRIO

ESTIMA • Vol 14 • Num 4 • 2016

## 160 EDITORIAL

Gisele R. Azevedo

## ARTIGO ORIGINAL

### 161 Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde

*Urinary Incontinence: Prevalence and Risk Factors in Women at a Basic Health Unit*

*Incontinencia Urinaria: Prevalencia y Factores de Riesgo en Mujeres en una Unidad Básica de Salud*

Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício, Maria Helena Barros Araújo Luz, Maria Helena Baena de Moraes Lopes, Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

### 169 Perfil das Crianças Estomizadas em um Hospital Público de Teresina, Piauí

*Profile of Stomized Children in a Public Hospital of Teresina, Piauí, Brazil*

*Perfil de Niños Estomizados en un Hospital Público de Teresina, Piauí, Brasil*

Elaine Carininy Lopes da Costa, Daniele Silva do Vale, Maria Helena Barros Araújo Luz

### 175 O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas

*Knowledge of Nurses in the Indication of Coverage in Care of Wounded Clients*

*Conocimiento de las Enfermeras en la Indicación de Coberturas en la Atención a los Clientes con Heridas*

Athayne Ramos de Aguiar Prado, Viviane Pinto Martins Barreto, Teresa Tonini, Alexandre Sousa da Silva, William César Alves Machado

### 183 Experiência Cotidiana: a Visão da Pessoa com Estomia Intestinal

*Everyday Experience: a Vision of the Person with Intestinal Ostomy*

*La Experiencia Cotidiana: la Visión de la Persona con Estoma Intestinal*

Dayse Carvalho do Nascimento, Carolina Costa Chagas, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, Graciete Saraiva Marques, Fernanda Rocha Rodrigues, Clícia Vieira Cunha, Deborah Machado dos Santos, Patricia Alves dos Santos Silva

### 193 Satisfação de Pacientes com Estomias Intestinais Quanto ao Uso de Equipamentos

*Patients with Intestinal Ostomy's Satisfaction in Using Equipments*

*Satisfacción de Pacientes con Estomas Intestinales Respecto al Uso de Medicamentos*

Rosemary Vieira Souza Spenazato, Cláudia Regina de Souza Santos, Ana Beatriz Pinto da Silva Morita, Maria Angela Boccara de Paula

## ARTIGO DE REVISÃO

### 203 Dermatite Associada à Incontinência e o Uso Não Padronizado de Fraldas Geriátricas: Revisão Sistemática

*Dermatitis Associated with Incontinence and the Not-Standard Use of Geriatric Diaper: Systematic Review*

*Dermatitis Asociada con Incontinencia y Uso No Estándar de Pañales Geriátricas: Revisión Sistemática*

Luise de Almeida Ferreira Alves, Rosimere Ferreira Santana, Aluane dos Santos Cardozo, Thaís Muniz de Souza, Carleara Ferreira da Rosa Silva

## RELATO DE CASO

### 214 Influência do Processo de Enfermagem na Cicatrização de Úlcera Venosa: Estudo Clínico

*Influence of the Nursing Process in the Management of Venous Ulcer: Clinical Study*

*Influencia del Proceso de Enfermería en el Manejo de la Úlcera Venosa: Estudio Clínico*

Idevânia Geraldina Costa

## RESUMO DE DISSERTAÇÃO

### 220 Patente Canvas: Transformando a Maneira de Criar Patentes Inovadoras

*Patent Canvas: Transforming the Way to Create Innovative Patents*

*Patente Canvas: la Transformación de la Manera de Crear Patentes Inovadoras*

Fernando Kobuti Ferreira, Elaine Horibe Song, Elvio Bueno Garcia

## REFLEXÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA

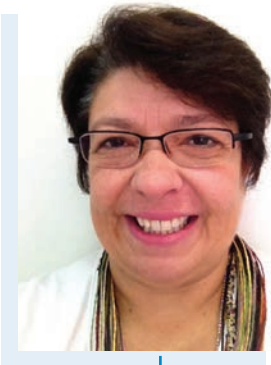
### 223 Interfaces da Enfermagem Dermatológica e Gerontológica na Prevenção de Lesões por Pressão: uma Reflexão

*Dermatologic and Gerontological Nursing Interfaces in Preventing Pressure Injuries: a Reflection*

*Interfaces de la Enfermería Dermatológica y Gerontológica en la Prevención de las Lesiones por Presión: una Reflexión*

Selma Petra Chaves Sá, Euzeli da Silva Brandão, Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira, Célia Pereira Caldas

## I INSTRUÇÕES AOS AUTORES



Caros colegas,

Este é o último exemplar do ano de 2016 do periódico científico *Estima*, que, após seu processo de reformulação, apresenta-se totalmente migrado para um novo sistema. São sete indexações em bases de dados: EBSCO, CINAHL, CUIDEN, REHIC, LATINDEX, ULRICH e CLASE, e estamos trabalhando firmemente para melhorar nossos indicadores.

Nesta edição, apresentamos o artigo original “O saber do enfermeiro na indicação de coberturas no cuidado ao cliente com feridas” – um estudo quantitativo, descritivo, de análise univariada, realizado com 30 enfermeiros, e que nos permite entender o papel do saber especializado na escolha de tratamentos de pacientes com feridas.

Na área de cuidado de pessoas com estomias, temos: o estudo qualitativo “Experiência cotidiana: a visão da pessoa com estomia intestinal”, que descreve as características da percepção do indivíduo estomizado; o estudo epidemiológico “Perfil das crianças estomizadas em um hospital público de Teresina (PI)”, destacando as características sociodemográficas e clínicas de crianças estomizadas, atendidas no Piauí; e o estudo quantitativo “Satisfação de pacientes com estomias intestinais quanto ao uso de equipamentos”, que delinea a opinião de clientes de um serviço público de saúde de Minas Gerais.

No tocante às incontinências, o estudo exploratório-descritivo “Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres em uma unidade básica de saúde” descortina um cenário de 306 mulheres com perda urinária em um serviço público de saúde – certamente semelhante àqueles nos quais muitos de nós atuamos.

O artigo de revisão “Dermatite associada à incontinência e ao uso não padronizado de fraldas geriátricas: revisão sistemática” nos apresenta a realidade dos achados nos estudos acerca do tema, bem como alternativas de controle do problema, tão comum em pessoas com incontinências.

O relato de caso “Influência do processo de enfermagem na cicatrização de úlcera venosa: estudo clínico” detalha precisamente a aplicação do processo de enfermagem no registro de tratamento de ferida crônica, com resultado bastante favorável.

O artigo de reflexão “Interfaces da Enfermagem dermatológica e gerontológica na prevenção de úlceras por pressão: uma reflexão” aborda a importância da integração entre especialidades na tentativa de prevenir um problema que gera inúmeros prejuízos físicos, emocionais e sociais para o cliente, além do alto custo para as instituições.

Para finalizar, apresentamos a mais recente produção acadêmica, no formato de resumo de dissertação de mestrado, “Patente CANVAS: transformando a maneira de criar patentes inovadoras”, que nos apresenta uma alternativa muito interessante no universo das patentes, e nos faz esperar por sua publicação.

Uma boa leitura para você e um grande abraço,

*Prof. Dra. Gisele R. Azevedo*  
*Editora*

# Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde

*Urinary Incontinence: Prevalence and Risk Factors in Women at a Basic Health Unit*

*Incontinencia Urinaria: Prevalencia y Factores de Riesgo en Mujeres en una Unidad Básica de Salud*

Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício<sup>1</sup>, Maria Helena Barros Araújo Luz<sup>2</sup>,  
Maria Helena Baena de Moraes Lopes<sup>3</sup>, Nalma Alexandra Rocha de Carvalho<sup>4</sup>

## RESUMO

A incontinência urinária é definida pela International Continence Society como uma queixa de qualquer perda involuntária de urina. Este estudo objetivou estimar a prevalência de incontinência urinária; identificar os fatores de risco associados à sua ocorrência, bem como traçar os perfis sociodemográfico e clínico de mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde de Teresina, no Piauí. Foi um estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Participaram da investigação 306 mulheres entre 20 e 83 anos. Utilizou-se como instrumento de investigação um formulário estruturado composto por dados sociodemográficos e clínicos. Uma análise estatística descritiva foi realizada a partir da distribuição de frequência e dos percentuais das variáveis, empregando-se as medidas de tendência central e dispersão e o teste do  $\chi^2$  com nível de significância de 5% para verificar as possíveis associações entre os quesitos estabelecidos nos objetivos específicos da pesquisa. A prevalência de incontinência urinária foi de 40,8%. A maioria dos participantes apresentou incontinência urinária de estresse (60,0%), seguida da urgeincontinência (28,2%) e da incontinência urinária mista (12,1%). Houve predominância de mulheres de cor parda (64,8%), com afecções neurológicas (72,2%), das diabéticas (63,6%) e hipertensas (58,1%), daquelas submetidas às cirurgias pélvicas e abdominais (66,7%), das obesas (52,2%) e das tabagistas (72,2%). O estudo possibilitou conhecer a situação da incontinência urinária em mulheres assistidas na Atenção Básica, evidenciando resultados semelhantes aos existentes na literatura, contribuindo com informações relevantes e originais sobre a incontinência urinária, podendo despertar nos profissionais e gestores de saúde pública a necessidade de maior atenção para essa clientela, no sentido de prevenção e melhoria da qualidade de vida.

**DESCRITORES:** Incontinência urinária. Mulheres. Fatores de risco.

## ABSTRACT

The International Continence Society defines urinary incontinence as a complaint of any involuntary loss of urine. This study aimed at estimating the prevalence of urinary incontinence; identifying risk factors associated with its occurrence, as well as tracing the sociodemographic and clinical profile of women attending the Gynecology Outpatient Clinic of a Basic Health Unit in Teresina, Piauí, Brazil. This was a cross-sectional, exploratory and descriptive study, with a quantitative approach. The study included 306 women aged between 20 and 83 years old. A structured form composed

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação e Mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Docente do Instituto Camilo Filho – Teresina (PI), Brasil. Endereço para correspondência: Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício – Universitário Ministro Petrônio Portela – Ininga, Bloco 12 – CEP: 64049-550 – Teresina (PI), Brasil – E-mail: cdavb2011@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFPI – Teresina (PI), Brasil.

<sup>3</sup>Professora do Departamento de Enfermagem da UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Programa Institucional de Iniciação Científica Voluntária da UFPI – Teresina (PI), Brasil.

Artigo recebido em: 25/06/2015 – Aceito para publicação em: 05/02/2016

of sociodemographic and clinical data was used as a research tool. A descriptive statistical analysis was conducted, based on the frequency distribution and percentages of variables, using measures of central tendency and dispersion, the  $\chi^2$  test with a 5% significance level to determine possible associations between the issues established in the specific research objectives. The prevalence of urinary incontinence was of 40.8%. Most participants presented stress urinary incontinence (60.0%), followed by urge incontinence (28.2%), and mixed urinary incontinence (12.1%). Mulatto women predominated (64.8%), women with neurological disorders (72.2%), diabetes (63.6%) and hypertension (58.1%), who underwent pelvic and abdominal surgeries (66.7%), obese (52.2%) and smokers (72.2%). The study enabled knowing the situation of urinary incontinence in women seen in the Primary Care, thus showing similar results to those in literature, contributing with relevant and original information about the urinary incontinence that can awaken in public health professionals and managers the need of greater attention to this clientele, regarding prevention and quality of life improvement.

**DESCRIPTORS:** Urinary incontinence. Women. Risk factors.

## RESUMEN

La incontinencia urinaria se define por la International Continence Society como la denuncia de cualquier pérdida involuntaria de orina. Eso estudio objetivó estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria; identificar los factores de riesgo asociados a la suya aparición, así como trazar los perfiles sociodemográficos y clínicos de las mujeres que asisten a la consulta externa de Ginecología de una Unidad Básica de Salud de Teresina, Piauí, Brasil. Fue un estudio exploratorio-descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo. El estudio incluyó a 306 mujeres de 20 años a de 83 años. Se utilizó como una herramienta de investigación una forma estructurada integrada por los datos sociodemográficos y clínicos. Un análisis estadístico descriptivo basado en la distribución de las frecuencias y porcentajes de las variables, utilizándose medidas de tendencia central y de dispersión y la prueba  $\chi^2$  con un nivel de significación del 5% para determinar posibles asociaciones entre las preguntas establecidas en los objetivos específicos de la investigación. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 40,8%. La mayor parte de los participantes ha presentado incontinencia urinaria de estrés (60,0%), seguidos de la incontinencia de urgencia (28,2%) y de la incontinencia urinaria mixta (12,1%). Mulatas predominaron (64,8%), las mujeres con enfermedades neurológicas (72,2%), la diabetes (63,6%) y la hipertensión (58,1%), las que se sometieron a cirugía pélvica y abdominal (66,7%), las obesas (52,2%) y las fumadoras (72,2%). El estudio ha permitido conocer el estado de la incontinencia urinaria en mujeres atendidas en la Atención Primaria, lo que muestra resultados similares a los encontrados en la literatura, aportando información relevante y única acerca de la incontinencia urinaria y puede despertar en los profesionales y administradores de salud pública la necesidad de una mayor atención a esta clientela en el sentido de la prevención y mejora de la calidad de vida.

**DESCRIPTORES:** Incontinencia urinaria. Mujeres. Factores de riesgo.

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é um desvio de saúde que atinge grande parte da população, especialmente o sexo feminino e com o avançar da idade. Essa enfermidade apresenta crescente prevalência em todo o mundo, despertando a preocupação e o interesse de pesquisadores, mediante as significativas alterações que provoca na vida das pessoas, as quais comprometem o seu cotidiano nos aspectos físico, psicossocial, econômico, funcional e cultural.

A queixa de qualquer perda involuntária de urina<sup>1</sup> é a definição fornecida para a IU, que é reforçada e considerada como um sinal ou sintoma relacionado ao aparelho urinário<sup>2</sup>, e pode provocar problemas fisiopatológicos e financeiros, além de comprometer a autoestima das pessoas, assim como as suas atividades sociais, habilidades e autonomia<sup>3,4</sup>.

A prevalência da IU em todo o mundo varia entre 25 e 45%<sup>5</sup>. No entanto, outros estudos evidenciaram a prevalência média de IU entre 27,6% em mulheres e 10,5% em homens. Ela está presente em aproximadamente 20 a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, crescendo para 25 a 30%, entre 40 e 49 anos, mantendo-se até entre 75 e 89 anos, quando ocorre um novo aumento para 30 a 35%. Após os 90 anos, a prevalência alcança 35%, podendo atingir até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas<sup>6,7</sup>.

Um estudo recente que teve como sua população 168 mulheres cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica relativo ao Programa de Hipertensão e Diabetes, a prevalência de IU encontrada foi bastante elevada (61,0%) e interferiu negativamente na vida das mulheres. Evidência que merece destaque, considerando-se a possibilidade de aumento da IU ao longo dos anos, uma



vez que, mesmo sendo um estudo isolado, demonstrou um valor de prevalência maior e que não se insere na prevalência média exposta anteriormente<sup>8</sup>.

Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de IU e, dentre estes, 11 milhões são mulheres, cerca de 85%<sup>9,10</sup>. No Brasil, estudos epidemiológicos sobre a IU ainda são escassos, destacando-se as pesquisas publicadas por profissionais médicos, os quais utilizam métodos para o esclarecimento de diagnósticos, procedimentos terapêuticos e cirúrgicos, sendo menos frequentes investigações que abordem a prevalência e incidência da IU<sup>11,12</sup>.

Assim, torna-se preocupante a situação vigente, em que uma parcela de profissionais negligencia a IU e, muitas vezes, desconsidera o fato de que possivelmente mulheres adultas jovens sejam também portadoras desta condição, omitindo-se a investigar e a oferecer oportunidades para se expressarem e receberem orientações e encaminhamentos necessários à condução de tratamentos e cuidados adequados.

Nesse sentido, este trabalho objetivou traçar os perfis socio-demográfico e clínico de mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Teresina, Piauí, bem como estimar a prevalência de IU e identificar os fatores de risco associados à sua ocorrência.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória-descritiva, de corte transversal, com abordagem quantitativa, oriundo da dissertação de Mestrado de C.D.A.V.B., realizado no município de Teresina, capital do estado do Piauí, na Unidade Integrada de Saúde do Parque Piauí.

A população do estudo foi constituída por 306 mulheres que demandaram espontaneamente consulta ginecológica na UBS, cuja amostra foi determinada pelos seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade a partir de 20 anos que fossem capazes de responder verbalmente aos questionamentos do formulário para entrevista e que concordassem em participar da pesquisa.

A idade preestabelecida teve como propósito a possibilidade de incluir na pesquisa o maior número de mulheres possível com o desvio de saúde estudado, além de verificar a ocorrência da IU a partir desta idade. Uma vez que estudos epidemiológicos têm evidenciado que a prevalência desta enfermidade em mulheres a partir dos 30 anos varia entre 20 e 23% e considerando a idade desde os 20 anos

para a inclusão das mulheres neste estudo, estimou-se para a obtenção da amostra uma prevalência presumida de 15% de IU nas mulheres cadastradas na Coordenadoria de Região de Saúde sul urbana da Estratégia Saúde da Família. A margem de erro utilizada foi de 5% e o nível de confiança de 95%.

A amostragem foi do tipo intencional, selecionada no local do atendimento à medida em que as mulheres que estavam na sala de espera para consulta eram informadas sobre a pesquisa e demonstravam interesse em participar dela.

Os resultados foram processados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0 for Windows) e analisados descritivamente, medindo-se a taxa de associação entre as variáveis do estudo.

Os dados foram consolidados em um banco de dados utilizando as técnicas de estatísticas descritivas (frequência absoluta e percentual), e as medidas de tendência central (média, moda) e de dispersão (desvio padrão) foram apresentadas em forma de tabela.

Realizou-se análise estatística descritiva e exploratória a partir dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. O uso do teste do  $\chi^2$  com nível de significância a 5% foi empregado para verificar as possíveis associações entre os quesitos estabelecidos nos objetivos específicos da pesquisa.

O trabalho obedeceu aos aspectos éticos e legais conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo iniciado após aprovação da Coordenação de Assuntos Assistenciais da Fundação Municipal de Saúde (FMS), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0368.0.045.000-10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que, das 306 mulheres participantes do estudo, 40,8% (125) eram incontinentes, sendo que 30,4% (38), 53,6% (67) e 16,0% (20) estavam distribuídas nas faixas etárias dos 20 a 39, 40 a 59 e 60 a 83 anos, respectivamente. Um total de 29,6% (37) tinha o ensino médio completo; 51,2% (64) eram casadas; 40% (50) eram naturais de Teresina; 64,8% (81) eram pardas; 55,2% (69) conviviam com quatro a seis pessoas na família e 36% (45) inseriam-se nas diversas ocupações. 44,8% (56) e 55,2% (69) possuíam, respectivamente, renda mensal individual e familiar entre um e dois salários-mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo (n=306), Teresina (PI), 2011.

Variáveis	Com incontinência urinária	Sem incontinência urinária	Total	Valor p
	n (%)	n (%)	(n/100%)	
Faixa etária (anos)				
20 a 39	38 (30,4)	114 (63,0)	152 (49,7)	<0,001
40 a 59	67 (53,6)	55 (30,4)	122 (40,0)	
60 a 83	20 (16,0)	12 (6,6)	32 (10,5)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
	<b>Mediana Média±DP</b> <b>26 (41,1±14,3)</b>	<b>IC95%</b> <b>39,5-42,7</b>	<b>Mínimo-Máximo</b> <b>20-83</b>	<b>Valor p</b>
Escolaridade				
Não alfabetizado	9 (7,2)	9 (5,0)	18 (5,9)	0,160
Fundamental incompleto	30 (24,0)	34 (19,0)	64 (20,9)	
Fundamental completo	12 (9,6)	17 (9,4)	29 (9,5)	
Médio incompleto	25 (20,0)	22 (12,1)	47 (15,4)	
Médio completo	37 (29,6)	69 (38,1)	106 (34,6)	
Superior incompleto	6 (4,8)	19 (10,5)	25 (8,1)	
Superior completo	6 (4,8)	11 (6,0)	17 (5,6)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
Situação conjugal				
Casada	64 (51,2)	83 (45,9)	147 (48,0)	0,103
União estável	8 (6,4)	18 (9,9)	26 (8,4)	
Solteira	28 (22,4)	59 (32,6)	87 (28,4)	
Separada	13 (10,4)	11 (6,0)	24 (7,8)	
Viúva	12 (9,6)	10 (5,5)	22 (7,4)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
Naturalidade				
Teresina	50 (40,0)	89 (49,2)	139 (45,4)	0,236
Interior do Piauí	43 (34,4)	57 (31,5)	100 (32,7)	
Outros estados	32 (25,6)	35 (19,3)	67 (21,9)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
Cor				
Parda	81 (64,8)	119 (65,7)	200 (65,4)	0,923
Branca	24 (19,2)	36 (19,9)	60 (19,6)	
Negra	20 (16,0)	26 (14,4)	46 (15,0)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
Número de pessoas na família				
1 a 3	40 (32,0)	61 (33,7)	101 (33,0)	0,895
4 a 6	69 (55,2)	94 (51,9)	163 (53,3)	
7 a 10	14 (11,2)	24 (13,3)	38 (12,4)	
11 e mais	2 (1,6)	2 (1,1)	4 (1,3)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Com incontinência urinária	Sem incontinência urinária	Total	Valor p
	n (%)	n (%)	(n/100%)	
Ocupação				
Autônoma	29 (23,2)	29 (16,0)	58 (19,0)	0,178
Do lar	33 (26,4)	45 (24,9)	78 (25,5)	
Aposentada	7 (5,6)	7 (3,9)	14 (4,6)	
Beneficiária	9 (7,2)	23 (12,7)	32 (10,4)	
Estudante	2 (1,6)	10 (5,5)	12 (3,9)	
Outra	45 (36,0)	67 (37,0)	112 (36,6)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
Renda mensal individual (salário-mínimo)				
<1	41 (32,8)	54 (29,8)	95 (31,0)	0,888
1 a 2	56 (44,8)	82 (45,3)	138 (45,1)	
3 a 5	8 (6,4)	9 (5,0)	17 (5,6)	
6 e mais	2 (1,6)	3 (1,7)	5 (1,6)	
Sem renda	18 (14,4)	33 (18,2)	51 (16,7)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	
Renda familiar (salário-mínimo)				
<1	10 (8,0)	15 (8,3)	25 (8,1)	0,458
1 a 2	69 (55,2)	101 (55,8)	170 (55,6)	
3 a 5	35 (28,0)	57 (31,5)	92 (30,1)	
6 e mais	11 (8,8)	8 (4,4)	19 (6,2)	
Total	125 (100,0)	181 (100,0)	306 (100,0)	

\*O valor p foi obtido pelo teste do  $\chi^2$  de Pearson; DP: desvio padrão; nível de significância fixado em <0,05.

Verificou-se ainda que ao realizar a correlação pelo teste do  $\chi^2$ , entre a ocorrência de IU e as variáveis avaliadas no perfil sociodemográfico, apenas a faixa etária apresentou valor p com significância estatística (<0,001), desta forma confirmando a associação entre esta variável e a IU.

Pesquisas apontam que mulheres a partir dos 45 anos apresentam algum tipo de IU, aumentando o seu percentual a partir dos 50 anos<sup>13,14</sup>. Esses achados atribuídos ao aumento da idade, portanto ao envelhecimento, podem ser explicados pelo desgaste natural das fibras musculares, que pode provocar hipotrofia ou substituição das fibras por células do tecido conjuntivo e adiposo. Assim, ocorre um comprometimento da musculatura do assoalho pélvico, reduzindo a capacidade de colaborar para a ação da continência<sup>15,16</sup>.

O tipo de IU que prevaleceu no estudo foi a IU de estresse (IUE) com 60,0% (75); em segundo lugar, a urgeincontinência

com 28,2% (35) mulheres; e em terceiro, a IU mista (IUM) com 12,1% (15). Tais dados também corroboram com uma recente pesquisa que encontrou resultados com classificação de IU na mesma ordem<sup>17</sup>.

Durante o período da menopausa, a IUE representa a principal queixa de IU entre as mulheres, seguida pela urgeincontinência<sup>18</sup>. Em nosso meio, durante um importante estudo com mulheres entre 35 e 81 anos, foram identificados percentuais para IUE, IU e IUM de 30,7; 14,2 e 10,0, respectivamente<sup>19</sup>.

A prevalência de IU encontrada nesta pesquisa teve valor de 40,8%. Esse é um percentual considerado elevado, porém dentro dos parâmetros encontrados em outros estudos realizados e publicados na literatura, dentre os quais citam-se totais oscilando entre 12 e 55% em mulheres<sup>20,21</sup>.

Em um estudo brasileiro, encontrou-se uma prevalência de 32,9% em mulheres e 6,2% em homens, considerando adultos com idade igual ou superior a 18 anos e  $n=51.922$ . Já em outro, houve uma prevalência de 23,50% para mulheres com idade a partir de 16 anos ( $n=332$ )<sup>23</sup>.

Com relação aos fatores de risco, embora já tenha sido evidenciada em vários estudos a associação entre a prevalência de IU e fatores de risco como doenças neurológicas, diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tabagismo, consumo de cafeína, cirurgias pélvicas e abdominais, uso de medicação anti-hipertensiva, obesidade e constipação<sup>4,11,13,24-27</sup>, neste estudo não foi observada associação entre estes dados clínicos e a IU, por meio da aplicação do teste de  $\chi^2$ . No entanto, conforme a Tabela 2, considerou-se que os achados referentes a estas variáveis constituíram importantes fatores que podem predispor a ocorrência da IU, pois os seus percentuais foram mais elevados nas mulheres incontinentes, o que mostra uma tendência de associação entre as referidas condições. Vale ressaltar que quanto ao uso dos antidiabéticos

como fator de risco para a ocorrência de IU, além de não ter sido verificada correlação estatística com a IU, não foram encontrados também na literatura estudos relacionados (Tabela 2).

Entretanto, ao se avaliar a variável 'número de gestações' na Tabela 3, notou-se correlação significativa desta com a prevalência de IU ( $p=0,02$ ). Esse achado é reforçado por relevante pesquisa que afirma que os episódios obstétricos são considerados os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da IU, sendo o trauma do períneo durante o parto, o evento principal para a sua ocorrência<sup>28</sup> (Tabela 3).

O estudo de 336 mulheres do Programa Saúde da Família de Dourados (Mato Grosso do Sul) confirmou, estatisticamente, em seus resultados, que o número de gestações e a paridade apresentam correlação com a IU, portanto comprometendo gravemente a qualidade de vida<sup>29</sup>. Da mesma forma, em outros estudos, apresentou-se que a gravidez, o grande número de partos e o parto vaginal contribuem para o desenvolvimento da IUE<sup>30,31</sup>, enquanto as mulheres nulíparas são menos comprometidas quanto ao aparecimento da perda de urina<sup>28</sup>.

**Tabela 2.** Associação entre a prevalência de incontinência urinária e dos fatores de risco estudados ( $n=306$ ), Teresina (PI), 2011.

Fatores de risco estudados	Prevalência de incontinência urinária			Valor p*
	Sim n (%)	Não n (%)	Total (n)	
Enfermidades associadas				
Doenças neurológicas	13 (72,2)	5 (27,8)	18	0,20
Diabetes	14 (63,6)	8 (36,4)	22	
Hipertensão	43 (58,1)	31 (41,9)	74	
Doença pulmonar obstrutiva crônica	4 (44,4)	5 (55,6)	9	
Hábitos				
Tabagismo	26 (72,2)	10 (27,8)		36
Cafeína	46 (51,1)	44 (48,9)	90	
Cirurgias				
Pélvicas e abdominais	16 (66,7)	8 (33,3)	24	
Abdominais	20 (57,1)	15 (42,9)	35	
Pélvicas	80 (49,4)	82 (50,6)	162	
Medicações				
Diversas	57 (52,8)	51 (47,2)	108	
Antidiabética	13 (59,1)	9 (40,9)	22	
Anti-hipertensiva	40 (57,1)	30 (42,9)	70	
Condições nutricional e de eliminação				
Obesidade	24 (52,2)	22 (47,8)	46	
Constipação	50 (51,0)	48 (49,0)	98	

\*O valor p foi obtido pelo teste de  $\chi^2$ . Nível de significância fixado em  $<0,05$ .

**Tabela 3.** Análise da diferença entre as variáveis e os grupos de quem apresenta e não apresenta incontinência urinária (n= 306), Teresina (PI), 2011.

Variáveis	Prevalência de incontinência urinária		
	Sim média	Não média	Valor p*
Número de gestações	4,0	3,3	0,02
Número de abortos	1,5	1,6	0,44
Número de partos normais	2,2	2,2	0,06
Número de partos cesarianos	1,6	1,5	0,33

\*O valor p foi obtido pelo teste de Mann-Whitney. Nível de significância fixado em <0,05.

Tais resultados recebem mais ênfase pelos achados de que a IU e fecal têm início durante a gestação e que a história familiar positiva e o parto vaginal são fatores de risco independentes para a persistência dos sintomas de IU e fecal no pós-parto imediato<sup>32</sup>.

A literatura sobre IU vem sendo ampliada em todo o mundo, demonstrando que o interesse pela investigação sobre esta temática cresce, o que confirma um maior estímulo por parte dos profissionais de saúde em buscarem mais informações referentes aos questionamentos que ainda não foram elucidados sobre o assunto, ou ratificarem hipóteses sugeridas/indagadas. No entanto, o que se observa é que estes estudos têm se limitado a pesquisas envolvendo grupos específicos como o de mulheres, principalmente nos períodos gestacional e puerperal, idosos e pacientes ambulatoriais e institucionalizados em hospitais ou clínicas especializadas em urologia, ginecologia e uroginecologia, em que a demanda de pessoas incontinentes é significativa.

No Brasil, a literatura já foi mais escassa, porém ainda demanda trabalhos mais impactantes que provoquem o despertar dos gestores de saúde para o problema da IU, seus fatores de risco e suas consequências que se tornam mais evidentes, principalmente e infelizmente, apenas para grupos de profissionais que estudam especificamente Estomaterapia, saúde da mulher, do homem e do idoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto vivenciado, pode-se ressaltar que a falta de sensibilização, de conhecimento e de capacitação

de alguns profissionais de saúde para lidar com a IU pode torná-los inaptos para assistir adequadamente as mulheres com IU. Nesse contexto, a Enfermagem é inserida e destacada como uma categoria que ainda pouco contribui para o cuidado da pessoa com IU, embora existam possibilidades de especialização relacionada à prática assistencial junto à clientela incontinente.

Desse modo, tornam-se necessários e urgentes o treinamento e o desenvolvimento das estratégias de capacitação por parte dos gestores de saúde na tentativa de sensibilizar os profissionais de saúde a promoverem o cuidado às mulheres com IU, assistindo-as desde a prevenção, como no tratamento para a cura da IU.

Acredita-se que a Enfermagem, mais especificamente os enfermeiros que atuam em programas voltados para a assistência da saúde da mulher e os que estão inseridos nas Equipes de Saúde da Família, são os que provavelmente teriam mais oportunidades de promover o cuidado direcionado à prevenção da IU e promoção da continência, em função da possibilidade de realizar consultas individuais a essas mulheres e fornecer palestras educativas. Assim, julga-se importante a inserção desta temática desde a graduação na área de Enfermagem, para que, enquanto profissionais enfermeiros, seja possível contribuir de maneira significativa na prevenção e melhoria da continência nas mulheres que experimentam este problema.

Finalmente, supõe-se que este estudo poderá além de fornecer dados e informações originais sobre a IU em mulheres, despertar nos profissionais e gestores de saúde pública a necessidade de voltarem à atenção para pessoas com IU.

## REFERÊNCIAS

- Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. Floor Dysfunction. Standardization and Terminology Committees IUGA and ICS, Joint IUGA / ICS Working Group on Female Terminology. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20.
- Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Brubaker L, Cardoso L, Castro D, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. In: 2nd International Consultation on Incontinence; 2001, Paris, France. ICUD/ICS; 2002. p. 1079-96.
- Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10. [acesso em 15 dez. 2011]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>
- Azevedo GR, Declair V, Silva S. Enfermagem atual em cursos: estomaterapia, incontinências urinária e anal, Programa de saúde da família – PSF, Feridas, Atualização de enfermagem, em dermatologia. Petrópolis: bbEPUB; 2005.
- Higa R, Lopes MH, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92.
- Buckley BS, Lapitan MC, Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence. Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children – current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*. 2010;76(2):265-70.
- Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82(3):327-38.
- Fonseca ES, Camargo AL, Castro RA, Sartori MG, Fonseca MC, Lima GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(5):235-42.
- Menezes GM, Pinto FJ, Silva FA, Castro MD, Medeiros CR. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):100-8.
- Lopes MH, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):34-41.
- Santos VL, Cesaretti IR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
- Tamanini JT, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública* [online]. 2009;25(8):1756-62.
- Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LH, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):428-35.
- Higa R, Lopes MH. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):422-8.
- Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol*. 2011;186(2):589-93.
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- Goldstein SR, Johnson S, Watts NB, Ciaccia AV, Elmerick D, Muram D. Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. *Menopause*. 2005;12(12):160-4.
- Faria CA, Menezes AM, Rodrigues AO, Ferreira AL, Bolsas CN. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(1):17-25.
- Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol*. 2000;37(1):30-5.
- Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LH, Faúndes A. Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. *J Bras Ginecol*. 1998;108(4):125-30.
- Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;107(2):201-4.
- Thom DH. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effect of differences in definition, population characteristics and study type. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(4):473-80.
- Santos C, Santos VL. Prevalence of Urinary incontinence in a random sample of the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2010;18(5):[8telas].
- Borges JB, Borges JB, Guarisi T, Camargo AC, Gollop TR, Machado RB, et al. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. *Einstein J*. 2010;8(2):192-6.
- Merola A, Zibetti M, Angrisano S, Rizzi L, Ricchi V, Artusi CA, et al. Parkinson's disease progression at 30 years: a study of subthalamic deep brain-stimulated patients. *Brain*. 2001;134(7):2074-84.
- Izci Y, Topsever P, Filiz TM, Çınar ND, Uludağ C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(8):947-52.
- Hrisanfow E, Häggglund D. The prevalence of urinary incontinence among women and men with chronic obstructive pulmonary disease in Sweden. *J Clin Nursing*. 2011;20(13-14):1895-905.
- Stepan J, Kalis V, Novotný Z, Havir M, Chaloupka P, Rokyta Z. The impact of total abdominal and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy on the development of urinary incontinence. *Ceska Gynecol*. 2006;71(5):438-45.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Epicont Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;348(10):900-7.
- Gomes G, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados (MS). *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(6):649-54.
- Amaro JL, Yamamoto H, Kawano PR, Barros G, Gameiro MO, Agostinho AD. Clinical and quality-of-life outcomes after autologous fascial sling and tension-free vaginal tape: a prospective randomized Trial. *Int Braz J Urol*. 2009;35(1):60-7.
- Kepenekci I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan AH, Erkek AB, et al. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(1):85-94.

# Perfil das Crianças Estomizadas em um Hospital Público de Teresina, Piauí

*Profile of Stomized Children in a Public Hospital of Teresina, Piauí, Brazil*

*Perfil de Niños Estomizados en un Hospital Público de Teresina, Piauí, Brasil*

*Elaine Carininy Lopes da Costa<sup>1</sup>, Daniele Silva do Vale<sup>2</sup>, Maria Helena Barros Araújo Luz<sup>3</sup>*

## RESUMO

As causas de estomias em crianças decorrem, principalmente, das más formações congênicas, obstruções intestinais e lesões em função de trauma. Esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico de crianças submetidas às estomias e a suas peculiaridades. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de Teresina, que é referência estadual na assistência à saúde da criança e do adolescente. A coleta de dados foi realizada mediante análise de registro nos prontuários de pacientes atendidos no referido hospital correspondente a 2012 e 2013. Os dados foram organizados em planilha no Microsoft Excel, versão 2007, transposta para o *Statistical Package for the Social Sciences* para análise estatística descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o CAAE 012.1000922/13-64. Verificou-se que, das 59 crianças, a maioria é do sexo masculino e menor de dois anos, e a principal causa de confecção do estoma foi a malformação congênita, predominando as estomias gastrintestinais do tipo colostomia e gastrostomia, seguidas do sistema respiratório (traqueostomia) e do urinário (urostomias), corroborando com os resultados encontrados nas literaturas nacional e internacional. Destacam-se as lacunas de registros nos prontuários e a escassez de estudos relacionados às estomias em crianças. Dessa forma, esta pesquisa contribui para discutir a necessidade de planejamento e a efetiva assistência de Enfermagem à criança estomizada.

**DESCRITORES:** Estomas. Saúde da criança. Perfil.

## ABSTRACT

The causes of ostomies in children arise mainly from congenital malformations, intestinal obstructions, and trauma injuries. This research aimed at describing the epidemiological profile of children submitted to ostomy and its peculiarities. This is an exploratory-descriptive and cross-sectional study of a quantitative approach performed in a public hospital in Teresina, Brazil, a State reference in children and adolescents' health care. Data collection was performed by analyzing the medical records of patients receiving care in the hospital from 2012 to 2013. Data were organized in a Microsoft Excel 2007 spreadsheet, and they were transposed to the Statistical Package for the Social Sciences for descriptive statistical analysis. The study was approved by the Committee of Ethics in Research of the Federal University of Piauí with the CAAE 012.1000922/13-64. Among the 59 included children, most of them are male and aged less than two years. The leading cause of stoma confection was congenital malformation, and gastrointestinal ostomy of colostomy and gastrostomy type were more predominant, followed by the respiratory system (tracheostomy) and urinary system (urostomy), corroborating the results found in national and international literatures. There is an alarming focus upon the registry gaps in medical records and the lack of studies regarding ostomies in children. Thus, this research contributes to the planning need and to the effective Nursing care to the stomized child.

**DESCRIPTORS:** Stomata. Child health. Profile.

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil. Endereço para correspondência: Quadra 74 – Lote 04 – Casa A – Promorar – CEP: 64027-170 – Teresina (PI), Brasil – E-mail: ninyenfbio@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Clínica e Maternidade Santa Fé – Teresina (PI), Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Enfermagem da UFPI – Teresina (PI), Brasil.

Artigo recebido em: 23/10/2015 – Aceito para publicação em: 09/03/2016

## RESUMEN

Las causas de estomas en niños se deben principalmente a las malformaciones congénitas, a las obstrucciones intestinales y las lesiones por trauma. Esta investigación tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico de los niños sometidos a la estomía y sus peculiaridades. Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital público de Teresina, en Brasil, que es un estado de referencia en la asistencia a la salud de niños y adolescentes. La recolección de datos se realizó mediante el análisis de registro de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el hospital citado correspondiente a los años 2012 y 2013. Los datos fueron organizados en una hoja de cálculo en Microsoft Excel, versión 2007, transpuesta al *Statistical Package for the Social Sciences* para el análisis estadístico descriptivo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí con el CAAE 012.1000922/13-64. Se encontró que entre los 59 niños, la mayoría son hombres con menos de dos años y la principal causa de confección de la estoma fue la malformación congénita, predominantemente gastrointestinal del tipo de colostomía y de gastrostomía, seguida del sistema respiratorio (traqueostomía) y del urinario (urostomía), corroborando los resultados encontrados en las literaturas nacional e internacional. Cabe destacar las ausencias de registros en los prontuarios y la falta de estudios relativos a la ostomía en los niños. Por lo tanto, esta investigación contribuye a la discusión de la necesidad de planificación y atención de Enfermería eficaz para el niño estomizado.

**DESCRIPTORES:** Estomas. Salud del niño. Perfil.

## INTRODUÇÃO

A confecção de uma estomia em criança constitui uma medida terapêutica cirúrgica, de caráter provisório ou definitivo, para muitas doenças ou situações clínicas agudas ou crônicas. É uma situação que pode gerar alterações biopsicossociais, o que resulta na necessidade de cuidados à criança bem como aos pais, aos familiares e aos cuidadores<sup>1,2</sup>.

As causas de estomias em crianças decorrem, principalmente, de malformação congênita, obstruções intestinais e lesões decorrentes de trauma. No lactente, têm-se como causas das estomias a enterocolite necrosante, o ânus imperfurado e a doença de Hirschsprung; nas crianças maiores são as doenças inflamatórias intestinais e as ureterostomias para corrigir defeitos na bexiga e porção distal dos ureteres<sup>3-5</sup>.

Desse modo, a realização de uma estomia na criança, além de afetar a integridade corporal, a capacidade funcional, o convívio social e a qualidade de vida em geral, gera grande impacto em seu cotidiano e na dinâmica familiar<sup>5,6</sup>.

Nesse sentido, a criança deve ser avaliada como um ser em contínuo processo de crescimento e desenvolvimento, pois, ao apresentar alterações físicas, corporais ou comportamentais, pode ter sua personalidade violentada por meio da perda de segurança e dano ao próprio desenvolvimento, refletindo na vida adulta<sup>1</sup>.

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público de referência na assistência à saúde da criança e do adolescente, em Teresina, Piauí, e tem como objetivo descrever os perfis sociodemográfico e epidemiológico, além das especificidades de estomias em crianças.

O estudo mostra-se relevante, pois as crianças estomizadas configuram-se como grupos de indivíduos extremamente vulneráveis que necessitam de apoio, acompanhamento e assistência especializada. Além disso, observou-se o quanto é escassa na literatura a quantidade disponível de informações sobre o tema e incipientes os estudos de caracterizações demográfica e clínica e de dados epidemiológicos acerca de causas das estomias.

A caracterização do perfil de pacientes/usuários dos serviços de saúde favorece a produção de dados epidemiológicos e clínicos que subsidiam o direcionamento e a adequação dos serviços, sendo importante para que os profissionais da equipe de saúde, envolvidos na assistência a uma determinada clientela, possam atender melhor às suas necessidades, promovendo maior segurança, satisfação e qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descriptivo, transversal, de abordagem quantitativa, que teve como critérios de inclusão os prontuários de crianças de 0 a 12 anos submetidas à confecção de uma estomia entre 2012 e 2013 no Hospital de referência à saúde da criança e adolescente no Estado do Piauí. Como critérios de exclusão, foram eliminados os prontuários com ausência de registros ou registros ilegíveis, bem como aqueles de crianças com idade acima de 12 anos.

A coleta de dados foi realizada mediante averiguação dos prontuários, utilizando um formulário pré-elaborado pelas autoras, no qual constavam as variáveis relacionadas



ao sexo, à idade, à procedência da criança e às características dos estomas. Ao utilizar os critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se 62 prontuários, dos quais três foram excluídos em função de registros ilegíveis, ausência de informações importantes como a data de confecção da estomia ou dados pessoais, o que resultou numa amostra constituída por 59 prontuários. Os dados obtidos foram organizados em planilha do programa Microsoft Excel e, posteriormente, transpostos para o *Statistical Package for the Social Sciences* para análise utilizando estatística descritiva, com distribuição da frequência simples e percentual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, protocolo CAAE.012.1000922/13-64, e desenvolvida conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

Foram selecionados para análise 59 prontuários de crianças estomizadas no período de 2013 e 2014, em que a maioria (34/59; 57,7%) realizou o procedimento cirúrgico em 2013 e os demais (25/59; 42,3%), em 2012. Do total de participantes, 33 (55,9%) eram do sexo masculino e 26 (44,1%) eram do sexo feminino. A maioria dos participantes estava na faixa etária entre 0 e 2 anos (49/59; 83,0%), entre 3 e 5 anos (6/59; 10,2%) e entre 6 e 12 anos (4/59; 6,8%). Quase a totalidade era da cor parda (58/59; 98,3%). A maioria dos participantes era procedente de interior do Piauí (41/59; 69,5%); 10 (16,9%) eram de Teresina e 8 (13,6%) de outros estados (Tabela 1).

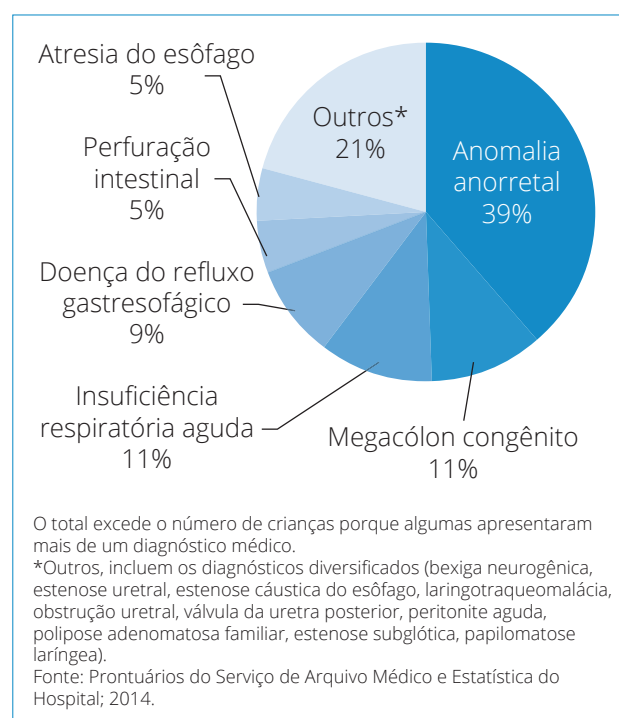
Quanto à etiologia das estomias, foram encontradas 63 causas básicas relacionadas, das quais 38 (60,3%) foram por malformação congênita; 20 (31,7%) eram patologias diversas associadas, como insuficiência respiratória, obstruções uretrais, neoplasias, dentre outros; e 5 (7,9%) foram causadas por trauma.

Foram identificados 66 diagnósticos médicos relacionados à indicação da estomia nas 59 crianças, dentre os quais: anomalia anorretal (26/59; 39%); megacólon congênito e insuficiência respiratória aguda corresponderam a sete (11%) cada uma; doença do refluxo gastroesofágico (6/59; 9%); perfuração intestinal (3/59; 4%); atresia do esôfago (3/59; 4%) e outros diagnósticos (14/59; 21%). Estes, por sua vez, foram: bexiga neurogênica, estenose uretral, estenose cáustica do esôfago, laringotraqueomalácia, obstrução uretral, válvula da uretra posterior, peritonite aguda, polipose adenomatosa familiar, estenose subglótica e papilomatose laríngea (Gráfico 1).

**Tabela 1.** Caracterização das crianças submetidas a estomias conforme ano de internação, sexo, faixa etária, cor e procedência. Teresina (PI), 2014.

Características	n	%
Ano de internação		
2013	34	57,7
2012	25	42,3
Sexo		
Masculino	33	55,9
Feminino	26	44,1
Faixa etária (anos)		
0 a 2	49	83,0
3 a 5	6	10,2
6 a 12	4	6,8
Cor		
Branco	1	1,7
Pardo	58	98,3
Procedência		
Interior do Piauí	41	69,5
Teresina	10	16,9
Outros estados	8	13,6
Total	59	100,00

Fonte: Prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital.



**Gráfico 1.** Distribuição dos diagnósticos médicos das crianças estomizadas (n=59), Teresina (PI).

Verificaram-se diversos sistemas orgânicos envolvidos nos tipos de estomias confeccionados, nas 59 crianças, totalizando 65 estomias. Destas, a maioria (50/59; 84,74%) foi realizada no sistema digestório, distribuída da seguinte forma: 33 (55,93%) colostomias; 11 (18,64%) gastrostomias, 5 (8,47%) ileostomias e uma (1,69%) esofagostomia. Em relação ao sistema respiratório, foram 8 (13,55%) traqueostomias e ao sistema urinário foram 7 (11,86%) cistostomias (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição dos tipos de estomas conforme sistema orgânico, tempo de internação e complicações apresentadas pelas crianças participantes (n=59). Teresina (PI), 2014.

Características	n	%
Sistema orgânico acometido		
Sistema digestório (n=50)		
Colostomia	33	55,93
Gastrostomia	11	18,64
Ileostomia	5	8,47
Esofagostomia	1	1,69
Sistema respiratório (n=8)		
Traqueostomia	8	13,55
Sistema urinário (n=7)		
Cistostomia	7	11,86
Total	65*	100
Tempo de internação (dias)		
1 a 15	38	64,4
15 a 30	13	22,0
>30	8	13,6
Complicações		
Não	50	84,7
Sim	9	15,2
Total	59	100
Tipos de complicações		
Estenose	4	44,45
Prolapso	4	44,45
Dermatite periestoma	1	11,10
Total	9	100

\*O total excede o número de crianças porque algumas apresentaram estomas em mais de um sistema.  
Fonte: Prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital.

No que se refere ao tempo de internação, 38 (64,4%) permaneceram hospitalizadas por um período de 1 a 15 dias; 13 (22%), de 15 a 30 dias; e 8 (13,6%) por mais de 30 dias. Quanto à ocorrência de complicações relacionadas à confecção da estomia, notou-se que 9 (15,25%) apresentaram complicações, sendo 4 (44,45%) estenoses, 4 (44,45%) prolapso e 1 (11,11%) dermatite periestoma (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

Das 59 crianças participantes do estudo, a maioria confeccionou o estoma em 2013, pertencia ao sexo masculino e estava na faixa etária de zero a dois anos, a que se refere a recém-nascidos e lactentes. A cor predominante foi a parda. Grande parte das crianças era procedente de cidades do interior do Piauí. Os resultados obtidos referentes ao sexo e à faixa etária são semelhantes aos encontrados no Distrito Federal, em que houve um maior número de crianças do sexo masculino (62%) e da faixa etária de 0 a 5 anos (84%)<sup>8</sup>. Outra pesquisa no Brasil com crianças estomizadas mostrou predomínio do sexo masculino com 66,7%<sup>5</sup>.

É importante ressaltar que havia 59 crianças com 66 diagnósticos, haja vista que algumas apresentavam mais de um diagnóstico médico. A confecção de estomias em Pediatria, geralmente, é atribuída às malformações congênitas, cujo procedimento é normalmente realizado no período neonatal. O diagnóstico mais frequente foi anomalia anorretal com 26 casos, correspondendo a 39% das crianças. Corroborando com estes resultados, um estudo realizado em Recife com crianças estomizadas obteve a anomalia anorretal como a principal causa para confecção da estomia (53,2%), seguida do megacólon congênito (13,3%)<sup>9</sup>. Esses resultados se diferem dos achados encontrados no estudo no Distrito Federal, em que a principal etiologia para a confecção de estomias foi o megacólon congênito (48%), seguido das anomalias anorretais (11%)<sup>8</sup>.

As anomalias anorretais (AAR) são desordens que ocorrem em cerca de 1 em 1.500 a 1 em 5.000 nascidos vivos em todo o mundo. São consideradas anomalias congênitas caracterizadas pela ausência de ânus, cujos transtornos, geralmente, requerem intervenções cirúrgicas no período neonatal, acompanhamento pós-operatório e tratamento para obter e manter a continência fecal<sup>10,11</sup>.

Ao considerar os diagnósticos para a confecção do estoma, observam-se, neste estudo, resultados semelhantes

aos encontrados na literatura específica, em que a principal causa para realizar estomas em crianças e adolescentes é a malformação congênita, seguida dos problemas patológicos como enterocolite necrotizante, câncer e eventos traumáticos<sup>5,8,9</sup>. Como as causas responsáveis pela confecção de estomias em crianças geralmente estão associadas à malformação congênita, observa-se uma maior frequência no caráter temporário das estomias, pois possuem o objetivo de proteger uma sutura ou anastomose distal, facilitando assim a posterior reconstrução do trânsito intestinal<sup>8</sup>. No presente estudo, não foi possível determinar o caráter de permanência das estomias, uma vez que não foram encontradas informações suficientes relacionadas a essa variável nos prontuários.

O sistema orgânico mais frequentemente acometido foi o digestório, seguido do respiratório e do urinário, resultado semelhante a outras pesquisas em que o sistema digestório foi o mais frequente<sup>5,8,12</sup>.

Com relação ao tipo de estomia, a colostomia apresentou-se como a mais frequente, ocorrendo em 33 (55,93%) participantes do estudo. O segundo tipo com maior ocorrência foi a gastrostomia com 11 (18,64%) casos, seguida da traqueostomia, com 8 (13,55%). Um estudo que descreveu o perfil de crianças e adolescentes estomizados no Distrito Federal observou que 67,6% dos participantes eram colostomizados, 23,2% ileostomizados e 7,12% tinham outros tipos de estomia<sup>8</sup>. O predomínio da colostomia em relação aos outros tipos de estomias assemelha-se aos resultados encontrados em outros estudos brasileiros com crianças estomizadas<sup>9,13</sup>.

Quanto ao tempo de internação, observou-se que a maioria dos participantes permaneceu internada no intervalo entre 1 e 15 dias, porém constatou-se a presença de crianças internadas durante mais de 30 dias. Tal ocorrência se deu em consequência das complicações relacionadas ao estoma, já que nove (15,25%) crianças apresentaram-nas, sendo que as mais frequentes foram: a estenose e o prolapso e a menos frequente foi a dermatite periestoma. Corroborando com estes resultados, um estudo realizado na Turquia com 157 crianças estomizadas acometidas por anomalia anorretal obteve uma taxa de complicação semelhante (15,2%), e as complicações de maior ocorrência foram o prolapso (4,4%) e a estenose (3,8%)<sup>14</sup>.

É importante ressaltar que a presença de uma estomia de eliminação intestinal, em uma criança, representa o rompimento de sua integridade física e funcional frente a sua fragilidade e necessidades específicas do crescimento e desenvolvimento.

Assim, exige-se do enfermeiro um cuidado efetivo na promoção da saúde e na prevenção de agravos a fim de que se possa favorecer a obtenção de segurança e qualidade de vida.

O enfermeiro assume um importante papel no preparo dos familiares e dos cuidadores para realizarem o cuidado efetivo da criança estomizada, por meio do ensino e do desenvolvimento de novas habilidades, de orientações quanto à higiene dos estomas, da identificação de aspectos relacionados a normalidades e manifestações precoces de alterações, tornando-os capacitados a desenvolver ações preventivas e de integração social e reabilitação<sup>15</sup>.

As ações de prevenção consistem em orientar os estomizados, bem como os seus cuidadores e familiares, a respeito dos cuidados com o estoma e a pele ao redor do estoma, de demonstração da retirada e colocação dos equipamentos coletores e da higienização das bolsas a fim de evitar complicações<sup>15</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu caracterizar o perfil de crianças entre 0 e 12 anos submetidas à estomia entre 2012 e 2013 em um hospital público de referência em Pediatria, no município de Teresina. A amostra foi constituída por 59 prontuários de crianças estomizadas, a maioria do sexo masculino, na faixa etária entre 0 e 2 anos, cuja principal causa para confecção do estoma foi a malformação congênita relacionada ao sistema gastrointestinal, sendo a colostomia o tipo de estoma mais frequente.

A assistência ao cliente estomizado, em especial à criança, requer abordagem interdisciplinar e conhecimentos por parte dos profissionais de saúde de modo a abranger a mãe, a família e os cuidadores para promover uma atenção integral e humanizada, levando em consideração as necessidades do indivíduo e das pessoas envolvidas, sejam elas físicas, emocionais ou psicossociais. Vale ressaltar que estudos da análise de perfil são importantes, pois fornecem subsídios com a finalidade de guiar o planejamento da assistência, mediante a incorporação dos fundamentos necessários à equipe multiprofissional de características da criança estomizada.

Foi possível perceber também uma pequena quantidade de estudos relacionados às estomias e à infância e as diversidades de diagnósticos médicos e de tipos de estomas envolvidos. Assim, vale ainda destacar as dificuldades e limitações do estudo em função da falta de registros nos

prontuários e da escassez de referências na literatura nacional e internacional sobre esta temática. Espera-se que este estudo possa contribuir para o planejamento da assistência de Enfermagem à criança estomizada, bem como servir de subsídios para novos estudos sobre este tema.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte financeiro concedido no período de 2013–2014 para realização da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Barreire SG, Oliveira OA, Kazama W, Kimura M, Santos VL. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. *J Pediatr*. 2003;79(1):55-62.
2. Santos VL, Cesaretti IU. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Silva DM. Assistência de Enfermagem à criança com estomia no trato digestório. [Dissertação]. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2013. [citado 14 jan. 2016]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14789/1/2013\\_DanielaMoniciDaSilva.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14789/1/2013_DanielaMoniciDaSilva.pdf)
4. Melo MC, Kamada I. Anomalia anorretal e cuidados maternos. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):176-9.
5. Valdes AG, Kamada I, Cristo RC, Costa SB, Faustino AM. Experiências de crianças com estomias: estudo qualitativo. *Rev Estima*. 2010;8(3):19-26. [citado 14 jan. 2016]. Disponível em: [http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=36:artigo-original-2&catid=16:edicao-vol-83&Itemid=87](http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=36:artigo-original-2&catid=16:edicao-vol-83&Itemid=87)
6. Delavechia RP, Terra MG, Noal HC, Padoin SM, Lacchini AJ, Silva ME. A percepção de si como ser-estomizado: um estudo fenomenológico. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(2):223-8. [citado 14 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a10.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 2012.
8. Monteiro SN, Kamada I, Silva AL, Souza TC. Perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos de um Hospital Público do Distrito Federal. *Rev Estima*. 2014;12(3):23-32. [citado 28 nov. 2015]. Disponível em: [http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=484%3Aartigo-original-2&catid=49%3A2014-12-01-16-18-37&Itemid=109&lang=pt](http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=484%3Aartigo-original-2&catid=49%3A2014-12-01-16-18-37&Itemid=109&lang=pt)
9. Egitto ET, Medeiros AQ, Moraes MM, Barbosa JM. Estado nutricional de pacientes pediátricos ostomizados. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(1):58-64.
10. Wijers CH, Blaauw I, Marcelis CL, Wijnen RM, Brunner H, Midrio P, et al. Research perspectives in the etiology of congenital anorectal malformations using data of the International Consortium on Anorectal Malformations: evidence for risk factors across different populations. *Pediatr Surg Int*. 2010;26(1):1093-9. [citado 18 out. 2014]. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962787/pdf/383\\_2010\\_Article\\_2688.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962787/pdf/383_2010_Article_2688.pdf)
11. Goossens WJ, Blaauw I, Wijnen MH, Gier RP, Kortmann B, Feitz WF. Urological anomalies in anorectal malformations in The Netherlands: effects of screening all patients on long-term outcome. *Pediatr Surg Int*. 2011;27(1):1091-7. [citado 18 out. 2014]. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175030/pdf/383\\_2011\\_Article\\_2959.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175030/pdf/383_2011_Article_2959.pdf)
12. Melo MC. Experiência materna com o filho estomizado. [Dissertação]. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasília; 2010. [citado 14 jan. 2016]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7044/1/2010\\_ManuelaCostaMelo.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7044/1/2010_ManuelaCostaMelo.pdf)
13. Menezes HF, Goés FG, Maia SM, Souza AL. A subjetividade no cuidado familiar à criança ostomizada a partir da construção da sua autonomia. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2013;5(2):3731-9. [citado 14 jan. 2016]. Disponível em: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34425/ssoar-revpesquisa-2013-2-menezes\\_et\\_al-Subjectivity\\_in\\_family\\_care\\_for.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34425/ssoar-revpesquisa-2013-2-menezes_et_al-Subjectivity_in_family_care_for.pdf?sequence=1)
14. Dermirogullari B, Yilmaz Y, Yildiz GE, Ozen IO, Karabulut R, Turkyilmaz Z, et al. Ostomy complications in patients with anorectal malformations. *Pediatr Surg Int*. 2011;27:1075-8. [citado 18 out. 2014]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00383-011-2955-8>.
15. Mauricio VC, Lisboa MT, Souza NV. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):416-22.

# O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas\*

*Knowledge of Nurses in the Indication of Coverage in Care of Wounded Clients*

*Conocimiento de las Enfermeras en la Indicación de Coberturas en la Atención a los Clientes con Heridas*

*Athayne Ramos de Aguiar Prado<sup>1</sup>, Viviane Pinto Martins Barreto<sup>2</sup>, Teresa Tonini<sup>3</sup>, Alexandre Sousa da Silva<sup>4</sup>, Wiliam César Alves Machado<sup>5</sup>*

## RESUMO

Introdução: No cuidado ao cliente com ferida, a avaliação do enfermeiro deve ser personalizada, exigindo que ele conheça as coberturas disponíveis no mercado e as suas indicações. Diante do exposto, objetiva-se analisar o saber do enfermeiro sobre a indicação de coberturas para o curativo, quando realiza o cuidado direto ao indivíduo com ferida. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de análise univariada, realizado com 30 enfermeiros que participam do cuidado direto ao cliente com ferida internado em unidades de alta complexidade de um hospital universitário de referência, no estado do Rio de Janeiro, de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Resultados: A média de idade dos participantes foi de 37,5 anos (DP=10,5); a maioria dos sujeitos do estudo era do sexo feminino (83,3%) e tinha entre 1 a 10 anos de graduado (60%). Apenas um não possuía curso de pós-graduação (3,3%) e 66,7% realizaram curso de capacitação em feridas. As coberturas com maior índice de erro foram o hidrocoloide (100%). Em relação ao conhecimento sobre a indicação das coberturas por enfermeiro, 46,7% obtiveram entre 26 e 50% de acertos. A cobertura com maior número de acertos foi o filme de poliuretano com 93,3%. Conclusão: A maioria dos enfermeiros não sabe indicar a cobertura adequada. Tal fato indica a necessidade da formulação de protocolos, algoritmos e ações de educação permanente, as quais modifiquem a atual realidade na unidade estudada.

**DESCRITORES:** Feridas. Enfermagem. Conhecimento.

## ABSTRACT

Introduction: In a wounded client care, the nurse's evaluation must be customized, thus he/she has to know the coverages available and their indications. Given the above, the objective is to analyze a nurse's knowledge on the indication of coverage for the bandage, when performing direct care to the wounded subject. Methodology: Quantitative and descriptive study of univariate analysis, carried out with 30 nurses who participate in the direct care to the wounded client hospitalized in highly complex units of a reference university hospital in the state of Rio de Janeiro, Brazil, from December 2013 to January 2014. Results: The average age of nurses was 37.5 years old (SD=10.5); most of the study subjects were female (83.3%) and had between 1-10 years of graduation (60%). Only one of them did not have an undergraduate degree (3.3%) and 66.7% had taken training courses in wounds. Coverages with the highest error rate were the hydrocolloid (100%). With regard to knowledge on the indication of coverages by nurses, 46.7% obtained between 26 and 50% correct points. Coverage with the highest number of correct points was the polyurethane film with 93.3%. Conclusion: Most nurses do not know how to indicate adequate coverage. This fact indicates the need for formulation of protocols, algorithms and permanent education actions that change the current reality in the studied unit.

**DESCRIPTORS:** Wounds. Nursing. Knowledge.

\*Manuscrito extraído da monografia intitulada "O curativo ideal: conhecimentos do enfermeiro na escolha de coberturas no cuidado ao cliente com feridas", apresentado ao programa de Residência em Saúde em Terapia Intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP/UFRJ, em 2013.

<sup>1</sup>Enfermeira; Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Professor Pires Gayoso, 743 – CEP: 64046-350 – Teresina (PI), Brasil – E-mail: athayne@hotmail.com

<sup>2</sup>Coordenadora da Comissão de Prevenção, Avaliação e Tratamento de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense (UFF); Doutoranda pelo Programa de Enfermagem e Biociências pela UNIRIO – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da UNIRIO; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Estatístico; Professor adjunto da UNIRIO; Doutor em Estatística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeiro; Professor e Orientador no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Mestrado Profissional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, UNIRIO; Doutor em Ciências da Enfermagem pela UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Artigo recebido em: 12/09/2015 – Aceito para publicação em: 29/10/2015

## RESUMEN

Introducción: En la atención al cliente con herida, la evaluación de los enfermeros debe ser personalizada, lo que requiere que ellos conozcan las coberturas disponibles y las suyas indicaciones. Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo es analizar el conocimiento de los enfermeros cuanto a la indicación para el vendaje, cuando se realiza la atención directa al sujeto con herida. Metodología: Estudio cuantitativo y descriptivo, del análisis univariante, realizado con 30 enfermeras que participan en el cuidado directo del paciente con herida, hospitalizado en unidades de alta complejidad de un hospital universitario de referencia en el estado de Río de Janeiro, Brasil, entre diciembre del 2013 y enero del 2014. Resultados: La edad media de las enfermeras fue de 37,5 años (DE=10,5), la mayoría de los sujetos del estudio eran mujeres (83,3%) y tenían entre 1 hasta 10 años de graduación (60%). Sólo uno participante no tenía curso de graduación (3,3%) y 66,7% tenían formación en las heridas. Las coberturas con mayor tasa de error era el hidrocóide (100%). En relación con el conocimiento acerca de la designación de la cobertura por enfermeras, 46,7% obtuvieron entre los 26 y 50% de aciertos. La cobertura con el mayor número de respuestas correctas fue la película de poliuretano con 93,3%. Conclusión: La mayoría de las enfermeras no saben indicar una cobertura adecuada. Este hecho indica la necesidad de la formulación de protocolos, algoritmos y acciones educativas permanentes que cambian la realidad actual en la unidad estudiada.

**DESCRIPTORS:** Heridas. Enfermería. Conocimiento.

## INTRODUÇÃO

No cuidado ao cliente com ferida, a avaliação adequada do enfermeiro, pautada em conhecimentos científicos e na prática clínica, é importante e contribui para favorecer a cicatrização. Tal avaliação precisa ser personalizada, pois cada cliente apresenta características individuais que devem ser respeitadas, tais como aspectos psicossociais, etiologia da lesão, doença de base, contaminação, fatores locais e sistêmicos associados com o processo de cicatrização, nutrição, presença e tipo de exsudato, entre outros<sup>1</sup>. Entende-se que é necessário pensar na pessoa antes de pensar na ferida, para que haja uma intervenção adequada de Enfermagem em busca da cicatrização.

O saber da Enfermagem está no exercício das atividades, no qual os profissionais devem relacionar os conhecimentos conceituais adquiridos com os problemas e os acontecimentos encontrados em situações concretas, nas quais o enfermeiro atua criticamente, tornando visíveis as suas competências<sup>2</sup>.

O conhecimento sobre feridas e as tecnologias existentes para o seu tratamento devem abranger a indicação, a contra-indicação, os custos e a eficácia, visando garantir a eficiência do tratamento, que é um processo dinâmico. Este depende de avaliações sistematizadas, prescrições distintas de frequência e tipo de curativo ou coberturas necessárias, as quais podem variar de acordo com o momento evolutivo do processo de cicatrização<sup>3</sup>.

A definição de curativo está relacionada com procedimento completo realizado no cliente, incluindo avaliação da ferida, limpeza, desbridamento, se necessário, e

indicação da cobertura. Entende-se como cobertura materiais, substância ou produto utilizados de forma primária ou secundária que se aplicam sobre a ferida, formando uma barreira física, com capacidade, no mínimo, de cobrir e proteger o leito da lesão<sup>4</sup>.

Múltiplos fatores estão relacionados ao complexo processo de cicatrização, sejam eles internos e externos, sistêmicos ou locais, que podem retardar o processo fisiológico de reparação tecidual. A escolha da cobertura ideal perpassa pela capacidade de garantir um ambiente adequado para a cicatrização, como: manutenção do ambiente úmido; remoção do excesso de exsudato; permissão para a troca gasosa; fornecimento do isolamento térmico; impermeabilidade às bactérias; isenção de partículas e tóxicos contaminadores da ferida e possibilidade de remoção sem trauma<sup>5</sup>.

Além desses, outros elementos estão envolvidos e devem ser avaliados no momento da escolha do curativo adequado para favorecer o processo cicatricial da ferida, o qual deve proteger a ferida de infecção cruzada; proporcionar conforto e segurança ao cliente; prevenir espaços mortos; auxiliar na hemostasia; apresentar boa relação custo-benefício; apresentar fácil adaptação às diversas partes do corpo; preferencialmente, não necessitar de trocas frequentes; diminuir a intensidade da dor; limitar a movimentação em torno da ferida; proteger a ferida contra traumas mecânicos, além de manter a umidade e o pH ideais para a cicatrização<sup>6</sup>.

O papel do enfermeiro é fundamental e essencial no que se refere ao cuidado direto ao cliente, porque desempenha um trabalho de extrema relevância na

avaliação e no tratamento de feridas, em função de sua interação com o cliente, competência para avaliar a evolução da lesão e fazer o julgamento clínico enquanto realiza os curativos, além de sua habilidade para oferecer as orientações ao cliente sobre o que deve ser realizado para minimizar os problemas com a lesão ou acelerar o processo de cicatrização. Não há uma cobertura ideal, mas um momento preferencial de usá-la, pois inúmeras delas podem ser aplicadas em todas as fases de cicatrização, porém necessitam de uma avaliação do profissional qualificado para sua prescrição<sup>7</sup>.

É de suma importância que os enfermeiros possuam multiplicidade de conhecimento científico e habilidade na atuação clínica para o tratamento de feridas, além de conhecer as coberturas disponíveis no mercado e saber as suas indicações. Nesse sentido, este estudo buscou analisar o saber do enfermeiro quanto à indicação de coberturas para o curativo quando realiza o cuidado direto ao cliente com ferida.

Este estudo poderá trazer subsídios para investimentos em cursos de capacitação ou educação permanente, além de contribuições à formulação ou revisões de protocolos com vistas à efetiva prática clínica.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de análise univariada. Foi realizado com 30 enfermeiros de unidades de alta complexidade de um hospital universitário de referência no estado do Rio de Janeiro.

O critério de inclusão foi o profissional participar do cuidado direto ao cliente com ferida, avaliando a lesão e realizando o curativo. Já o critério de exclusão foi estar afastado do serviço por licença ou férias durante a coleta de dados.

Aplicou-se um questionário com perguntas fechadas, de dezembro de 2013 a janeiro de 2014, para a coleta dos dados. Na primeira parte, tal instrumento abrangeu variáveis sociodemográficas, tais como sexo, idade, tempo de formação acadêmica, curso de pós-graduação e participação em cursos de capacitação em feridas. Na segunda, foram abordadas as variáveis relacionadas ao saber sobre a indicação da cobertura. As coberturas listadas no questionário totalizavam 15 produtos padronizados pelo hospital do estudo.

Buscou-se associar a variável resposta (saber, representado pelo número de acertos) com as variáveis

coberturas, selecionadas a partir dos produtos padronizados e utilizados em tal instituição; e variáveis sociodemográficas, relacionadas ao sexo, à idade, ao tempo de formação acadêmica e ao setor de trabalho e realização de cursos de pós-graduação e capacitação. Além da análise exploratória, foram efetuados o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, teste *t* e regressão linear simples, tendo como variável resposta o número de acertos. Todos os gráficos e testes foram realizados no programa estatístico R (*R version 3.0.2*® 2013). O nível de significância estatístico considerado foi de 0,05.

Solicitou-se uma autorização junto à direção do hospital para a condução do estudo, e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para cumprir as exigências éticas das pesquisas envolvendo seres humanos (CAAE 20727213.6.0000.5243). O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado pelos enfermeiros antes da realização de cada entrevista. As recomendações estabelecidas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram observadas e cumpridas neste estudo<sup>8</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo permitiu analisar o saber dos enfermeiros sobre as indicações das coberturas em feridas padronizadas no hospital deste estudo. O conhecimento desta indicação é importante no cuidado ao cliente com ferida, pois a cobertura indicada adequadamente na avaliação da ferida favorece a cicatrização, trazendo benefícios tanto para o indivíduo como para a instituição, em função da redução no período de internação e nos custos com curativos, do maior conforto ao cliente, entre outros fatores.

Os dados obtidos possibilitaram a caracterização dos enfermeiros estudados quanto aos aspectos sociodemográficos, conforme a Tabela 1.

Quanto à caracterização sociodemográfica, a média de idade dos enfermeiros estudados foi de 37,5 anos (desvio padrão – DP=10,5), a mediana foi de 34,5 anos e a faixa etária predominante foi entre 25 e 30 anos (40%), como observado na Tabela 1. Nesta etapa da vida, a pessoa encontra-se em uma fase de produtividade e anseio de transformação de realidade das vidas pessoal e profissional, e o indivíduo alcança excelência em seu desempenho, pois atinge o desenvolvimento máximo nas áreas intelectual, sensorial e

motora<sup>9,10</sup>. Essa caracterização pode ser um fator favorável quando a instituição pretende investir na capacitação de funcionários para a melhoria dos indicadores de resultados referentes à qualidade do cuidado de enfermagem aos clientes com lesão.

A maior parte dos sujeitos do estudo era do sexo feminino (83,3%), conforme Tabela 1. Ainda hoje, a Enfermagem se representa uma categoria essencialmente feminina, principalmente na esfera do cuidado direto ao cliente. O fato de ser exercida majoritariamente por mulheres está relacionado aos determinantes e à organização dessa prática social, associado aos estereótipos que cercam a vivência feminina na sociedade, como de mãe e esposa com as responsabilidades do cuidar. O território criado por Florence Nightingale possibilitou a abertura de espaços social e epistemológico amplos para desenvolver cuidados, contemplando as habilidades femininas e a incorporação

**Tabela 1.** Caracterização dos enfermeiros quanto aos aspectos sociodemográficos. Niterói, Rio de Janeiro, 2014.

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
25 – 30	12	40
31 – 40	8	26,7
41 – 50	6	20
50 ou mais	4	13
Sexo		
Feminino	25	83,3
Masculino	5	16,7
Tempo de formação acadêmica (anos)		
1 – 10	18	60
11 – 20	5	16,7
21 ou mais	7	23,3
Possui pós-graduação		
Sim	29	96,7
Não	1	3,3
Participação em curso de feridas		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Setor de trabalho		
Unidade fechada	16	53,3
Unidade aberta	14	46,7

de muitos valores morais e sociais na própria formação dos enfermeiros modernos<sup>11,12</sup>.

A respeito do tempo de formação acadêmica, 60% eram graduados entre 1 e 10 anos (Tabela 1). Este baixo percentual pode configurar que os enfermeiros estão mais atualizados quanto aos aspectos relacionados à temática, em função da proximidade com o término da graduação e da exigência deste período quanto à busca de conhecimento; porém, observa-se que, durante a graduação, não são oferecidos conhecimentos suficientemente específicos sobre o cuidado com a ferida. Um estudo sobre formação profissional e mercado de trabalho<sup>13</sup> relata que a universidade não subsidia o profissional com conhecimentos técnicos e habilidades suficientes para que sua prática profissional seja executada de forma segura, e uma pesquisa realizada com acadêmicos de Enfermagem com relação ao tratamento de feridas mostra um índice elevado de desconhecimento sobre características importantes de serem identificadas no processo de avaliação e tratamento de feridas<sup>14</sup>.

Dos participantes da pesquisa, apenas um não possuía curso de pós-graduação (3,3%; Tabela 1). Entre os enfermeiros com pós-graduação, apenas três tinham formação em áreas relacionadas ao tratamento de feridas, como Dermatologia e Estomaterapia. Os profissionais da área de Enfermagem cada vez mais investem no aperfeiçoamento dos seus conhecimentos por meio de cursos de pós-graduação a fim de suprirem as necessidades do mercado, que se torna a cada dia mais competitivo<sup>9</sup>. A área de cuidado ao cliente com feridas vem se tornando mais específica e científica e se diferenciando como especialidade dentro da Enfermagem, por isso os profissionais vêm buscando cada vez mais aprimorar seus conhecimentos nesse campo de atenção à saúde.

A Tabela 2 mostra a caracterização do conhecimento do enfermeiro sobre a indicação da cobertura, individualmente divididas em acertos e erros.

Quanto aos aspectos relacionados ao saber dos enfermeiros sobre a indicação das tecnologias, observou-se que as coberturas com maior índice de erro foram hidrocoloide (100%), que não obteve nenhum acerto completo de sua indicação; papaína 2% (83,3%); hidrogel (70%); hidropolímero (60%); carvão (56,7%) e tela com *Petrolatum* (53,3%), conforme Tabela 2.

Relaciona-se o resultado do hidrocoloide como cobertura que apresenta maior índice de erro à recomendação de uso para desbridamento autolítico em feridas com baixa a moderada quantidade de esfacelo, pois, mesmo o produto tendo esta indicação, não é rotineiro o seu emprego para



**Tabela 2.** Caracterização do saber dos enfermeiros sobre a indicação por cobertura. Niterói, Rio de Janeiro, 2014.

Variáveis (coberturas)	n	%
PVPI		
Acertos	25	83,3
Erros	5	16,7
Clorexidina		
Acertos	24	80
Erros	06	20
PHMB		
Acertos	10	66,7
Erros	20	33,3
AGE		
Acertos	16	53,3
Erros	14	46,7
Prata		
Acertos	17	56,7
Erros	13	43,3
Hidrocolóide		
Acertos	0	0
Erros	30	100
Filme de poliuretano		
Acertos	28	93,3
Erros	02	6,7
Hidropolímero		
Acertos	12	40
Erros	18	60
Alginato de cálcio		
Acertos	10	66,7
Erros	20	33,3
Carvão com prata		
Acertos	13	43,3
Erros	17	56,7
Hidrogel		
Acertos	09	30
Erros	21	70
Tela com Petrolatum		
Acertos	14	46,7
Erros	16	53,3
Colagenase		
Acertos	16	53,3
Erros	14	46,7
Papaína 2%		
Acertos	05	16,7
Erros	25	83,3
Papaína 10%		
Acertos	21	70
Erros	09	30

tal fim, já que pode macerar os bordos pela sua interação com o exsudato da ferida a fim de formar um gel úmido. A cobertura é utilizada, na maioria das vezes, em prevenção de úlceras por pressão ou em úlceras por pressão categorias I e II, planas e com pouco exsudato. Essa pode ter sido a razão para o erro na resposta dos enfermeiros que não marcaram como indicação a necrose de liquefação (esfacelo). A papaína 2% em gel também não é muito utilizada no hospital de referência, pois se aplica com maior frequência outras coberturas para estimular o processo de granulação.

O hidrogel atua hidratando a ferida e estimulando o processo de cicatrização, a granulação e a epitelização, promovendo desbridamento autolítico, além de aliviar a dor. A maior parte dos entrevistados indicou o seu uso somente para feridas que necessitem de desbridamento e não para o tecido de granulação. Isso indica que os enfermeiros não detêm os conhecimentos necessários para utilizá-lo, o que traz preocupação quanto à qualidade da assistência e ao seu uso sem o conhecimento de sua indicação.

A cobertura com maior número de acertos foi o filme de poliuretano com 93,3%, seguido do PVPI (83,3%), da clorexidina (80%) e da papaína 10%, com 70% de assertivas. O filme de poliuretano tem seu uso frequente na instituição da pesquisa para prevenção de úlcera por pressão em áreas de proeminência óssea, indicado para pele íntegra. O PVPI e a clorexidina, que são produtos antissépticos, são contraindicados para feridas com cicatrização por segunda e terceira intenções, pois interferem na formação de colágeno e diminuem a força tênsil do tecido; fato bem conhecido pelos enfermeiros. Esses produtos são mais utilizados pela equipe médica em feridas na realização de desbridamento cirúrgico. A papaína 10% em gel é, rotineiramente, utilizada no hospital de estudo para necroses de liquefação intensa e de coagulação (escara).

O AGE, cujo uso é bastante difundido no cuidado aos clientes com feridas e na prevenção de úlceras por pressão, teve um índice de acerto inferior ao esperado, de apenas 53,3%. (Tabela 2).

A Tabela 3 caracteriza o saber associado à indicação das coberturas por enfermeiro, individualmente, em que 100% dos acertos totalizam os 15 itens pesquisados no instrumento para coleta de dados.

Em relação ao conhecimento sobre a indicação das coberturas por enfermeiro (porcentagem de acerto individual), observa-se que 46,7% obtiveram entre 26 e 50% de acertos. Apenas 6,7% dos sujeitos estudados apresentaram média inferior a 25% de acertos no questionário aplicado. A mesma

porcentagem (6,7%), ou seja, apenas dois enfermeiros, alcançaram entre 76 e 100% de acertos e 40% apresentaram média entre 51 e 75% dos acertos.

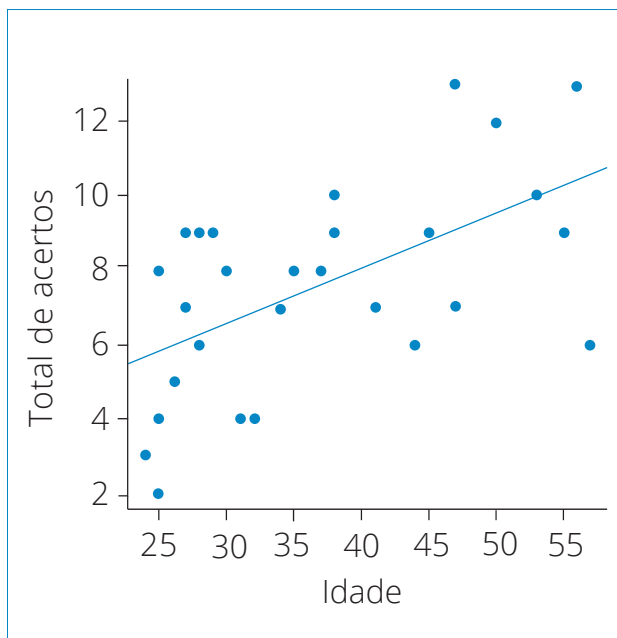
A média de acertos referente ao saber dos enfermeiros sobre a indicação das coberturas foi de 49,8% (DP=17,75). Nota-se que foi inferior a 50%, indicando um déficit de conhecimento sobre o tema. Esse grau de desconhecimento causa preocupação por estarem diretamente envolvidos no cuidado do cliente com ferida, avaliando e orientando/realizando o curativo.

Por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, para a variável total de acertos, obtém-se uma estatística de teste  $W=0,9666$  e  $p=0,4517$ . Dessa forma, não há rejeição à hipótese dessa variável seguir uma distribuição normal.

Na Figura 1, identifica-se que existe uma relação linear crescente entre o total de acertos e a idade dos entrevistados.

**Tabela 3.** Saber sobre a indicação da cobertura por enfermeiro. Niterói, Rio de Janeiro, 2014.

Saber (intervalo da porcentagem em acertos)	n	%
0 – 25	2	6,7
26 – 50	14	46,7
51 – 75	12	40
76 – 100	2	6,7



**Figura 1.** Gráfico de dispersão e reta de regressão entre total de acertos e idades.

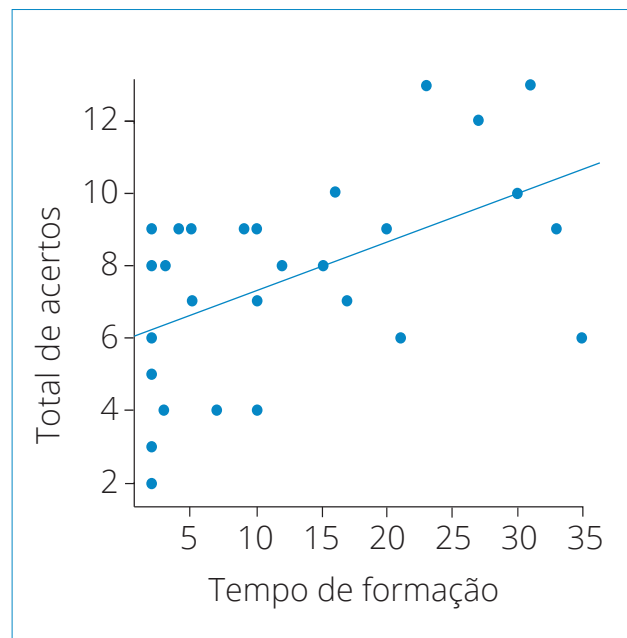
Portanto, quanto maior a idade, maior será a quantidade de acertos nos tipos de coberturas.

A análise de regressão linear simples mostrou-se significativa com coeficiente angular estimado em 0,14751 ( $p=0,000997$ ) e  $R^2$ -ajustado de 0,3013. Com estes resultados, pode-se concluir que, embora exista uma relação linear significativa, ela é bastante fraca, o que é descrito pela estimativa do coeficiente angular.

Os entrevistados do sexo feminino acertam em média (DP) 7,44 (2,71), já os do masculino, 8,2 (2,95). Utilizando o teste  $t$ , obteve-se uma estatística de  $-0,5329$  ( $p=0,6151$ ). Dessa forma, não houve diferença estatisticamente significativa para o total de acertos entre os sexos.

A Figura 2 evidencia que existe relação linear crescente entre o total de acertos e o tempo de formação dos entrevistados. Portanto, quanto maior o tempo de formação, maior será a quantidade de acertos nos tipos de coberturas. A análise de regressão univariada mostrou-se significativa com coeficiente angular estimado em 0,13571 ( $p=0,00253$ ) e  $R^2$ -ajustado de 0,2563.

É importante observar que apenas um dos entrevistados não possui curso de pós-graduação e obteve um total de oito acertos, enquanto que os pós-graduados obtiveram média de 7,5 acertos com DP de 2,7. Dessa forma, com apenas uma observação no grupo dos participantes sem pós-graduação, o teste  $t$  é inviabilizado.



**Figura 2.** Gráfico de dispersão e reta de regressão entre total de acertos e tempo de formação.

Os entrevistados, que não possuem curso de capacitação, apresentam acerto em média (DP) de 7 (2,57), já aqueles que possuem, a média de acertos é de 8,7 (2,75). Utilizando o teste *t*, obteve-se uma estatística de -1,63 ( $p=0,1215$ ). Dessa forma, pode-se concluir que não há diferença estatisticamente significativa para o total de acertos entre os que possuem e não possuem curso de capacitação. A capacitação dos profissionais é importante para o aprimoramento de seus conhecimentos, porém neste estudo não se observou relevância significativa na sua realização, o que causa inquietação. Observa-se, assim, a necessidade de reformulação das estratégias utilizadas, priorizando ações de treinamento em serviço, uma vez que o objetivo da educação permanente dos profissionais de saúde é provocar mudanças na prática, garantindo a atenção integral e a qualidade da assistência aos clientes<sup>15</sup>.

É possível afirmar que, ao longo dos anos, eficiência e motivação foram associadas. O desejo de um gestor são funcionários motivados, já que provocam sentimentos de entusiasmo, maior vontade à dedicação, cooperação e produtividade. As teorias da motivação não produzem todas as respostas sobre o impulso para o trabalho, porém oferecem recomendações para uma ação efetiva no meio organizacional, compreendendo a natureza humana, explicando, prevendo e criando formas de direcionar o comportamento do indivíduo no trabalho<sup>16</sup>. As estratégias para capacitação dos enfermeiros devem estar baseadas na valorização do indivíduo, sensibilizando-o para reconhecer a sua corresponsabilidade em todo o processo de cuidado ao cliente com feridas.

Considera-se que o conhecimento é adquirido pela prática cotidiana associada às atualizações e especializações sobre o tema, advindo com a experiência dos anos de formação e interesse na temática. Por isso, o tempo de formação relacionado à idade mais jovem podem se configurar como inseguranças para tomada de decisão e liderança; e a experiência insuficiente pode gerar dificuldade na detecção e resolução de problemas<sup>17</sup>.

## CONCLUSÃO

Este trabalho retrata o saber dos enfermeiros no cuidado ao cliente com ferida, mostrando-se insuficiente para indicação da cobertura adequada ao curativo ideal. Acredita-se que este estudo pode sustentar as ações de educação em serviço,

a formulação de protocolos, os algoritmos, assim como conscientizar os profissionais da necessidade de atualização constante, não somente na área do estudo, mas em todas aquelas de atuação do enfermeiro.

A média do saber por enfermeiro foi inferior em 50% das questões pesquisadas, ratificando que a maior parte deles apresenta conhecimento insuficiente em relação à indicação das coberturas. Observa-se que produtos com seu uso frequentemente empregado, como o hidrogel e o AGE, alcançaram um alto índice de erro. Isso traz preocupação quanto à qualidade da assistência prestada ao cliente com ferida, uma vez que essas coberturas são utilizadas sem o conhecimento necessário sobre sua indicação.

Com o resultado da análise de relação entre as variáveis, verificou-se que os enfermeiros com maior a idade e mais tempo de formação apresentaram quantidade de acertos superior, configurando a relação da prática cotidiana com a experiência dos anos de formação e com o interesse na temática.

Verificou-se que há a necessidade de estratégias com o intuito de motivação dos profissionais, incentivando-os a atualizarem os seus conhecimentos, realizarem cursos de pós-graduação e capacitações, participarem de congressos e eventos científicos sobre o tema e contribuir com sua prática clínica nas ações de educação permanente, principalmente considerando que o mercado lança novas tecnologias e pesquisas vêm direcionando e redirecionando o cuidado do cliente com feridas constantemente; portanto, a atualização dos profissionais é fundamental.

Salienta-se a necessidade de desenvolver mais pesquisas sobre o cuidado do cliente com feridas e indicações das coberturas, pois esta temática constitui um campo enorme de investigação, porém pouco explorado por enfermeiros. Ressalta-se ainda a importância de investimentos em carga horária em cursos de graduação para tratar sobre o cuidado do cliente com feridas. Deve-se, ainda, estimular os acadêmicos a buscarem fontes de atualização diversas para ingressarem na vida profissional com conhecimentos prévios que fundamentarão a prática clínica, levando-os a se sentirem com melhor preparo para o cuidado desses indivíduos.

A produção de algoritmos que indicam as coberturas disponíveis pelo hospital e sua indicação de forma clara e acessível aos enfermeiros na prática clínica seriam efetivos e facilitariam a atuação destes profissionais em prol da qualidade do cuidado aos clientes.

## REFERÊNCIAS

1. Barreto VP, Prado AR, Tonini T. Bases Clínicas para a escolha de coberturas em clientes com feridas. In: *Úlceras e feridas: as feridas têm alma: uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidado e da reconstrução estética*: Rio de Janeiro. Di Livros; 2014. p. 651-68.
2. Pai DD, Shrank G, Pedro EN. O enfermeiro como ser social-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):82-7.
3. Jorge AS, Dantas SR. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
4. Borges EL, Saar SR, Magalhães MB, Gomes FS, Lima VL. *Feridas: como tratar*. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. 246p.
5. Turner TD. Which dressing and why? In: Westaby J (ed). *Wound care*. London: Heinemann; 1986.
6. Mehl A. Feridas na clínica pediátrica: diagnóstico e tratamento. *Ped Moderna*. 2012;48(11):436-50.
7. Santos AA. O ensino da temática feridas no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba [dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2012.
8. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRMS 2, de 13 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília; 2012.
9. Salomé GM. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. *Saúde Col*. 2009;6(35):280-7.
10. Hilleshein EF, Lautert L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enferm*. 2012;20(3):520-7.
11. Spindola T, Santos RS. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):156-60.
12. Figueiredo NM. Uma perspectiva do cuidar em enfermagem considerando a estética, ecosofia e autopoiese. In: Santos I, Figueiredo NM, Duarte MJ, Sobral VR, Marinho AM. *Enfermagem fundamental: realidades, questões e soluções*. São Paulo: Atheneu; 2001. p.179-89.
13. Gomes AM, Oliveira DC. Formación profesional y mercado de trabajo: un mirar a partir de las representaciones sociales de enfermeros. *Rev Enferm UERJ*. 2004;12(3):265-71.
14. Santos, AAR et al. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):547-52.
15. Mancia JR, Cabral LC, Koerich SM. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):605-10.
16. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 16. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
17. Barreto VP. A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em Terapia Intensiva [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

# Experiência Cotidiana: a Visão da Pessoa com Estomia Intestinal

*Everyday Experience: a Vision of the Person with Intestinal Ostomy*

*La Experiencia Cotidiana: la Visión de la Persona con Estoma Intestinal*

*Dayse Carvalho do Nascimento<sup>1</sup>, Carolina Costa Chagas<sup>1</sup>, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza<sup>1</sup>, Graciete Saraiva Marques<sup>1</sup>, Fernanda Rocha Rodrigues<sup>1</sup>, Clícia Vieira Cunha<sup>1</sup>, Deborah Machado dos Santos<sup>1</sup>, Patricia Alves dos Santos Silva<sup>1</sup>*

## RESUMO

Durante o Curso de Residência em Enfermagem, os residentes entram em contato com a mais variada diversidade de doenças e experiências, das quais destaca-se o convívio com pessoas com estomias intestinais. A estomia consiste em uma comunicação artificial dos órgãos com o meio externo, podendo ser confeccionada para drenagens, eliminações fisiológicas ou nutrição. O objetivo do estudo foi identificar as situações relatadas pelas pessoas com estomias em relação à estomia intestinal e analisar a nova experiência cotidiana vivenciada. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado com dez pacientes acompanhados por um grupo de apoio, em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. A análise dos dados foi realizada de acordo com a perspectiva de Bardin. Os resultados qualitativos originaram três categorias: gerenciamento do cotidiano frente ao surgimento de atividades limitantes; diversidade emocional na compreensão da nova realidade; e importância das orientações de saúde como suporte à pessoa com estomia. Conclui-se que na experiência cotidiana a pessoa com estomia se depara com um conjunto complexo de emoções e que cada indivíduo lida de maneira pessoal com os conflitos, no entanto, é possível ter uma vida normal. Evidenciou-se ainda a importância da equipe multiprofissional e o papel vital do enfermeiro no suporte e na recuperação dessa clientela.

**DESCRITORES:** Estomia. Atividades cotidianas. Adaptação. Cuidados de enfermagem. Estomaterapia.

## ABSTRACT

During the Residency Program in Nursing, residents come in contact with the widest variety of conditions and experiences, from which we can highlight the contact with patients with intestinal ostomy. The ostomy consists of an artificial organ communication with the external environment, which may be made for drainage, deletions or physiological nutrition. The objective of the study was to identify situations reported by patients with intestinal ostomies and to analyze the new everyday experience. This is a field research with qualitative approach. Data collection was performed using a semi-structured questionnaire with ten patients followed by a support group for ostomy in a university hospital in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Data analysis was performed according to the Bardin's perspective. Qualitative results yielded three categories: daily management of ostomy patients due to the emergence of limiting activities; emotional diversity in understanding the new reality; and importance of health guidelines in support for patients with ostomy. It was concluded that ostomates face a complex set of emotions and that each individual deals in a personal way with the conflict, however, it is possible to have a normal life. It also highlighted the importance of the multidisciplinary team and the vital role of nurses in support and recovery of this clientele.

**DESCRIPTORS:** Ostomy. Activities of daily living. Adaptation. Nursing care. Stomatherapy.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Endereço para correspondência: Dayse Carvalho Do Nascimento – Boulevard 28 de setembro, 77, 3º andar – Vila Isabel – CEP: 20551 030 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – Email: daysecnascimento@hotmail.com  
Artigo recebido em: 01/04/2016 – Aceito para publicação em: 24/05/2016

## RESUMEN

Durante el Programa de Residencia en Enfermería, los residentes entran en contacto con la más amplia variedad de condiciones y experiencias, de las cuales podemos destacar convivir con personas con estomas intestinales. La estomía consiste en una comunicación artificial de los órganos con el ambiente externo, que puede estar hecho para el drenaje, supresiones o la nutrición fisiológica. El objetivo del estudio fue identificar las situaciones reportadas por las personas con estomía sobre la estomía intestinal y analizar la nueva experiencia cotidiana vivida. Se trata de una investigación de campo con enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario semiestructurado con diez pacientes seguidos por un grupo de apoyo para estomía en el hospital de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, en Brasil. El análisis de datos se realizó de acuerdo a la perspectiva de Bardin. Los resultados cualitativos produjeron tres categorías: la gestión del cotidiano debido a la aparición de las actividades limitantes; la diversidad emocional en la comprensión de la nueva realidad; y la importancia de las directrices de salud en el apoyo a la persona con estomía. De ello se desprende que los ostomizados se enfrentan a un complejo conjunto de emociones y que cada individuo enfrenta de manera personal el conflicto, sin embargo, es posible que los pacientes de estomía tengan una vida normal. También puso de relieve la importancia del equipo multiprofesional y el papel vital de las enfermeras en el apoyo y en la recuperación de esta clientela.

**DESCRIPTORES:** Estomía. Actividades cotidianas. Adaptación. Atención de enfermería. Estomoterapia.

## INTRODUÇÃO

A rotina de trabalho e o cotidiano dentro das enfermarias possibilita ao residente de enfermagem uma enriquecedora troca de experiências com os pacientes, ajudando a fortalecer a relação entre o cuidador e o cuidado, transformando essa relação em um vínculo de confiança, na qual o paciente encontra uma fonte de apoio no profissional, permitindo que suas ações sejam direcionadas a uma assistência mais específica e integral.

Uma das situações que merece destaque durante esse convívio é a admissão e o contato direto com pacientes estomizados ou com previsão de confeccionarem uma estomia intestinal. A convivência com essa clientela traz à tona o universo em que a pessoa com estomia está inserida e desperta o interesse em aprofundar conhecimentos sobre a vivência e as concepções do indivíduo frente à estomia intestinal, uma vez que essa mudança gera transformações significativas em diversos aspectos da vida, desde os aspectos biológicos até sociais e psicológicos, conseqüentemente, trazendo grandes desafios a esse paciente.

O conceito de estomia surge como uma palavra derivada do grego e que significa a abertura de uma boca ou comunicação entre um órgão interno e o exterior, com o intuito de completar a função do órgão que está afetado, assim, essas podem ser confeccionadas para drenagens, eliminações fisiológicas e ainda para a nutrição, sendo o objeto de estudo deste trabalho as estomias de eliminação, especificamente a estomia intestinal<sup>1,2</sup>.

Atualmente, a sociedade moderna convive com a realidade do aumento da expectativa de vida, proporcionada pela urbanização crescente e a constante industrialização mundial. No entanto, paralelamente, observa-se um maior adoecimento da população somado a hábitos de vida cada vez mais inadequados, o que acarreta aumento de comorbidades e incidência de doenças crônicas, como o câncer<sup>3,4</sup>.

A tecnologia cada vez mais avançada, principalmente na área de saúde, contribui para o diagnóstico precoce de doenças e a intervenção mais adequada e necessária traduz-se na forma de intervenções cirúrgicas que proporcionam uma melhor qualidade de vida para a pessoa, como as cirurgias de confecção de estomias<sup>3</sup>. Apesar da pouca produção científica acerca da epidemiologia das estomias, a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) estima que o quantitativo de estomizados no Brasil seja, aproximadamente, de 33.844 pessoas<sup>5</sup>. Porém, esse dado pode não representar o número real de estomizados devido à subnotificação.

Sabe-se que o cuidado e a assistência, na sua forma mais tecnicista, são as prioridades do profissional de enfermagem, e que esse pode não estar preparado para uma escuta humanizada, que possibilite ao paciente expor suas dúvidas e receios, o que acaba privando esse indivíduo de um cuidado mais focal e individualizado.

A partir disso, cabe ao profissional de enfermagem um olhar diferenciado e uma assistência acolhedora para questões complexas que certamente surgem para esse paciente, até mesmo para que possa desenvolver um plano de cuidado específico e contínuo. O estomizado exige uma assistência

de enfermagem que contribua para sua reabilitação para além das barreiras institucionais, e para que isso aconteça, é necessário conhecer as problemáticas emergentes desses indivíduos<sup>1,6</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a clientela com estomia, visto que constitui parte dos atendimentos ambulatoriais e das internações hospitalares, evidenciando que o profissional de enfermagem está em contato direto com essas pessoas em todos os níveis de assistência à saúde.

E para atender ao estudo, os objetivos foram: identificar as situações relatadas pelos estomizados participantes do estudo em relação à estomia intestinal e analisar a nova experiência cotidiana vivenciada.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório. Esse tipo metodológico de pesquisa foi selecionado por abordar estudos das ciências sociais, pois se entende que a questão “saúde e doença” agrega questões socioculturais de grande relevância e que, muitas vezes, não podem ser traduzidas somente em uma abordagem numérica e estatística<sup>7</sup>. E, ainda, por trabalhar com simbolismos e significados, auxiliando na compreensão do processo saúde-doença, promovendo o estreitamento de relações entre profissionais, pacientes e familiares, permitindo um maior entendimento de questões emocionais e comportamentais, tanto dos pacientes como da própria equipe de saúde<sup>8</sup>.

O cenário do estudo envolveu um grupo multidisciplinar de apoio a pessoas estomizadas, localizado no setor de clínica cirúrgica de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Os participantes foram dez pacientes estomizados, convidados a participar, internados ou pós alta, e a seguir acompanhados por esse grupo. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado (pré-testado para assegurar validade e aplicabilidade durante a pesquisa) durante três meses (agosto a outubro de 2014). Cada participante foi identificado com uma letra do alfabeto para uma melhor análise dos dados posteriormente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP: 721286, em 09 de julho de 2014) e foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, observando-se a livre aceitação dos

sujeitos em participar do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados coletados foi realizada na perspectiva de Bardin, conhecida como análise de conteúdo, o que permitiu a reprodução e validação de inferências sobre os dados, utilizando procedimentos especializados e específicos, com temas codificados e categorizados<sup>7,9</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos participantes do estudo

A caracterização dos participantes foi realizada com base em dados sociodemográficos, dados referentes aos fatores desencadeantes e tempo de estomia, conforme mencionado nas Tabelas 1 e 2.

Embora atualmente existam vários estudos que abordem questões relacionadas aos estomizados, ainda são escassos os estudos epidemiológicos que retratem o perfil dessa clientela. Sabe-se, no entanto, que grande parte dos estomas intestinais surge em consequência de intervenções cirúrgicas e não constituem causas ou diagnósticos<sup>10</sup>.

### Categorias analíticas

O *corpus* do estudo foi composto por 10 questionários, originando 59 unidades de registro agrupadas em 3 categorias, sendo essas o resultado final da codificação e categorização do material discursivo analisado. Os resultados revelaram questões sobre as limitações físicas e sociais, diminuição da sociabilidade, insegurança com a família, dificuldade com a autoimagem, o papel da espiritualidade e a importância dos profissionais de saúde.

Observa-se, no Quadro 1, a organização categórica final resultante da análise dos dados, bem como a visualização da proporção numérica das unidades de registro encontradas em cada categoria do presente estudo, de acordo com a tendência das respostas seguidas pelos sujeitos da pesquisa.

### Gerenciamento do cotidiano do estomizado frente ao surgimento de atividades limitantes

Nessa categoria os pacientes estomizados indicam os fatores limitadores das atividades diárias em decorrência da presença da estomia, sejam esses fatores de caráter físico-biológico ou sociocultural, que irão impactar de alguma forma na adaptação da vida pós-estomia desses sujeitos.

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes com base em dados sociodemográficos. Rio de Janeiro (RJ), 2014.

Característica	n (%)
Idade (anos)	
21 a 51	1 (10)
52 a 62	4 (40)
63 a 83	5 (50)
Sexo	
Feminino	5 (50)
Masculino	5 (50)
Raça	
Branco	6 (60)
Pardos	3 (30)
Negros	1 (10)
Estado civil	
Casado	7 (70)
Solteiro	2 (20)
Viúvo	1 (10)
Ocupação	
Do lar	4 (40)
Comerciante	2 (20)
Motorista	1 (10)
Aposentado	1 (10)
Estudante	1 (10)
Não responderam	1 (10)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	6 (60)
Ensino Médio	3 (30)
Ensino Superior	1 (10)
Religião	
Católica	4 (40)
Evangélica	4 (40)
Não responderam	2 (20)
Filhos	
Sim	7 (70)
Não	3 (30)
Renda familiar (salários mínimos)	
1 a 3	10 (100)

Essa categoria agrupa os discursos dos sujeitos em relação às barreiras de cunho físico, encontradas a partir do momento em que a estomia, muitas vezes, possibilita um manejo dificultoso de atividades consideradas simples antes de se tornar um portador de estomia intestinal. Em decorrência dessas dificuldades, o estilo de vida da pessoa estomizada é afetado, passando a conviver com uma capacidade limitada para diversas atividades, fazendo com que esse indivíduo busque, constantemente, adequação e ajuste da sua nova realidade.

A vivência conflituosa no campo das adaptações físicas é abordada no relato do incômodo dos pacientes estomizados associado ao uso de dispositivos, como a bolsa coletora, pois além do surgimento do sentimento de perda de autonomia corporal, esses dispositivos impõem algumas restrições em

**Tabela 2.** Caracterização dos participantes com base nos fatores desencadeantes e tempo de estomia. Rio de Janeiro (RJ), 2014.

Característica	n (%)
Causas básicas	
Doença de Crohn	2 (20)
Câncer de cólon	2 (20)
Fístula intestinal	3 (30)
Apêndice supurado	1 (10)
Acidente por arma de fogo	1 (10)
Não responderam	1 (10)
Tempo de estomia	
Menos de 1 ano	4 (40)
Mais de 1 ano	6 (60)

**Quadro 1.** Categorias analíticas e unidades de registro.

Categorias	Unidades de registro
1. Gerenciamento do cotidiano do estomizado frente ao surgimento de atividades limitantes	16
2. A diversidade emocional na compreensão da nova realidade	26
3. A importância das orientações de saúde no suporte ao paciente estomizado	17
Total	59



atividades rotineiras que antes eram executadas de forma natural e, até então, desvalorizadas<sup>11</sup>.

- Fazer qualquer tipo de esforço. (A)
- Pegar pesos. (C)
- Fazer faxina. (D)
- Não pode pegar peso. (D)
- Dificulta pegar peso. (E)
- Atividades com arrumação da casa. (F)

Ao analisar a descrição dos sujeitos do estudo acerca das principais dificuldades físicas encontradas, é possível reconhecer o predomínio de afirmações voltadas para a impossibilidade de se pegar peso ou a recomendação de se evitar pegar peso. O ato de fazer esforço físico é relevante e orientado a todos os pacientes estomizados, pois as principais complicações que podem surgir após a construção da estomia são hérnia, prolapso de alça intestinal e deiscência de suturas que são evitáveis quando o paciente recebe orientação adequada<sup>11</sup>.

Diante desses fatos, pode-se afirmar que esse indivíduo necessitará não apenas de um ajuste que envolva somente a adequação aos novos dispositivos e rearranjo de suas atividades comuns, mas deverá desenvolver o entendimento de que certas ações fazem parte das noções de autocuidado e prevenção de agravos, possibilitando a manutenção da saúde e de uma estomia sempre sadia e livre de complicações.

A adaptação do estomizado em relação às restrições físicas ocorre com o passar do tempo e depende da maneira como acontece a evolução da doença. Dessa forma, o indivíduo vai naturalmente desenvolvendo estratégias de enfrentamento das complicações que ocorrem no seu cotidiano devido à presença da estomia, não havendo previsão para sua completa adaptação, que pode ocorrer entre alguns dias ou meses<sup>12</sup>.

Além das restrições físicas, os discursos evidenciam também restrições de atividades no âmbito social, originadas pela presença da estomia intestinal, e que por sua vez, se transformam em verdadeiros dilemas, alterando a configuração da rede social daquele indivíduo.

O fato de iniciar uma nova trajetória de vida como pessoa estomizada faz surgir uma série de dúvidas, dentre elas, a possibilidade de manutenção ou não das suas atividades sociais e de lazer dentro da normalidade<sup>13</sup>. A falta de segurança e confiabilidade nos dispositivos coletores é uma das principais razões que levam os sujeitos da pesquisa ao bloqueio de determinadas atividades sociais. Certamente, cada

indivíduo possui um tipo de enfrentamento diferente, visto que cada um se comporta de forma peculiar e individual frente aos conflitos socioculturais. No entanto, o predomínio do medo e da insegurança conduz à supressão da atividade abordada.

- A ostomia impede de frequentar piscina, fui uma vez (...) e a bolsa descolou. (C)
- Medo de sair na rua porque achava que a bolsa ia vaziar. (D)

Mesmo diante do esforço de alguns em retomar as atividades de lazer, encontramos a insegurança relacionada ao uso do dispositivo por motivos mecânicos, como a aderência da bolsa à parede abdominal e a possibilidade de vazamento da mesma<sup>14</sup> impedem que a pessoa possa desfrutar adequadamente desses momentos de lazer. Isso também se relaciona com o afastamento de atividades laborais e, não raro, de se encontrar com outros indivíduos, já que a insegurança pode se fazer presente ao retornar ao ambiente de trabalho.

Além disso, a condição de estomizado implica em algumas limitações físicas, ditas anteriormente neste estudo, que podem influenciar na capacidade produtiva e dificultar o retorno ao trabalho, abrindo a possibilidade para a construção de um arcabouço de sentimentos ligados à inutilidade, que muitas vezes resulta em aposentadoria precoce e recebimento de auxílio-doença<sup>15-17</sup>.

### **A diversidade emocional na compreensão da nova realidade**

Foram reunidos nessa categoria os sentimentos e as emoções expressadas pelos sujeitos, relacionados às dúvidas e ao medo das possíveis reações dos indivíduos de seu círculo social e familiar, além de suas próprias reações, mediante a presença do estoma.

Essa categoria abarca os discursos que se destacam pela alteração de comportamento social, muitas vezes caracterizado pelo isolamento diante de sentimentos conflituosos acerca da nova configuração corporal. É a alteração física do indivíduo que engloba toda a origem do confronto de emoções, que se refletem na forma como essa pessoa irá se comportar no mundo externo.

Ao defrontar-se com o discurso apresentado pelos sujeitos, foi possível constatar que a vergonha pela sua nova condição era fator determinante para a reconfiguração do seu panorama social. Sem a certeza de como a sociedade poderá reagir à presença de um orifício no seu abdome, muitos preferem adotar a conduta de isolamento, antevendo situações

de constrangimento e julgamentos de amigos e pessoas próximas. Esse padrão de comportamento é abordado na literatura, na qual se discute o deslocamento sentido pelo estomizado por não se enquadrar na sociedade considerada normal e começa a experimentar uma supressão do convívio social que os faz imergir quase sempre em uma desordem emocional alternada entre angústia e solidão<sup>16</sup>.

Evito encontrar amigos, vergonha dos amigos. (B)

Ficava só em casa. (B)

Vergonha e discriminação pelo jeito que as pessoas me tratavam. (H)

O estomizado entende, muitas vezes, que para não sofrer com o medo de ser julgado, a solução é não tornar pública a sua estomia e, dessa forma, vai se envolvendo cada vez mais em uma situação de declínio social<sup>6</sup>. Além disso, o fato de terem a ordem fisiológica do trato gastrointestinal alterada gera receios como à percepção dos odores provenientes dos gases e a visualização da eliminação fecal por pessoas ao redor, constituindo mais um elemento propulsor para a vergonha, o que compromete cada vez mais o contato dessa pessoa com os membros da comunidade<sup>18</sup>.

A família representa a possibilidade de desenvolver-se como elemento apoiador nessa nova realidade, destacando-se como agente atuante na recuperação do mesmo, e ainda, caracterizando-se como um fator tão importante quanto o âmbito social na oportunidade de reabilitação positiva da pessoa estomizada.

No entanto, ao mesmo tempo em que constitui um poderoso elemento facilitador da reabilitação, a família pode não se encontrar preparada para algo que também é novo e desconhecido para ela, que também necessitará de tempo para a adaptação. A presença das crenças e valores de cada instituição familiar no processo de adaptação pode ser natural ou mais espinhoso, ou seja, cada família irá desenvolver uma maneira própria de encarar esse processo, sendo necessárias paciência e compreensão mútua entre os membros durante essa fase<sup>18,19</sup>.

A preocupação em relação às reações da família para com a representatividade da estomia se fez presente nas respostas apresentadas pelos sujeitos, transparecida principalmente pela insegurança e baixa autoestima frente aos filhos e pelo medo da possibilidade de rejeição do parceiro.

Visto que a realização de uma estomia representa uma mudança drástica na composição corporal do indivíduo,

torna-se notória a constatação de que essas pessoas dificilmente encontram-se preparadas para lidar com o conflito de sua nova autoimagem, ocasionando estados frequentes de angústia e baixa autoestima. Esses sentimentos negativos que dizem respeito à imagem do próprio corpo se inserem no contexto familiar, comprometendo, por diversas vezes, os relacionamentos entre os membros<sup>17-19</sup>. Então, é reforçada a intervenção familiar como elemento de alicerce ao cuidado, não como cuidado técnico, e sim como um cuidado emocional que possa estabelecer confiança e acolhimento, onde possa existir voz ao estomizado para expressar sentimentos frequentes de medos e tristezas<sup>18</sup>. Dessa forma, nasce a possibilidade de reerguer sua autoestima graças à colaboração em família para o enfrentamento dessa nova situação. E para tanto, obter o auxílio da família e do parceiro é essencial nesse cenário de mudanças, pois uma vez constatada a ausência de apoio da família, torna-se iminente a chance do estomizado adotar comportamentos de isolamento social e até mesmo configurar o afastamento da expressão da sexualidade<sup>19,20</sup>.

Fiquei com medo e vergonha pelo meu marido não aceitar. (D)

Vergonha pela família. (I)

A sexualidade quase sempre vem acompanhada de muito tabu para o estomizado, pois a angústia com o comportamento e a aceitação do parceiro passa a compor um impasse interno e que muitas vezes não é expresso pelo indivíduo, estando diretamente relacionado a questões anatômicas e fisiológicas, mas também claramente conectado a questões psicológicas que refletem tradições, crenças e o contexto sociocultural em que essa pessoa está inserida<sup>20</sup>. Faz-se necessário dialogar e compartilhar com o parceiro o processo saúde-doença desde o princípio, permitindo que o mesmo se envolva nessa nova fase e possibilitando, dessa forma, que o estomizado tenha liberdade e conforto para expressar seus sentimentos, resultando no recebimento de apoio emocional, que irá refletir mais à frente no sucesso da reabilitação e da adaptação à estomia<sup>20</sup>.

Diante disso, pode-se afirmar que a família se configura como eixo norteador em direção à recuperação da pessoa estomizada e sua atuação principal é nos primeiros momentos após a confecção da estomia, justamente quando a pessoa está lidando com sentimentos que nem ela mesma compreende, além da necessidade de reaprender a gerenciar o seu autocuidado. Os familiares integram um papel

essencial no suporte emocional, criando laços de força e união que impulsionam esse indivíduo a uma melhor qualidade de vida<sup>11,16</sup>.

Os aspectos predominantemente apontados pelos participantes foram o surgimento do medo e a da insegurança ao lidar com uma realidade totalmente desconhecida para eles, e que foi imposta de maneira repentina. Muitos informaram que vivenciaram uma gama de sentimentos desordenados devido à complexidade de uma situação que eles não estavam preparados para viver. A formação foi elaborada a partir dos discursos que exprimiam o conjunto de opiniões dos estomizados acerca de si próprios, revelando a compreensão da sua nova condição e assimilação da nova imagem corporal, devido à necessidade súbita de lidar com um rearranjo profundo em suas vidas.

Diversas pessoas não possuem o conhecimento do significado do que é uma estomia, até o momento em que se deparam com uma doença e com a necessidade do procedimento cirúrgico. Logo, é natural a surpresa e o surgimento de angústias, dúvidas e questionamentos acerca de como será o cenário de sua vida a partir de então. Esses sentimentos gerados pela presença de um estoma acarretam na obrigatoriedade de saber conviver em harmonia com o ambiente e com si próprio<sup>15,16,21</sup>. Sendo assim, uma das tarefas mais difíceis é a tentativa de harmonização do sentimento para com o próprio corpo. Nota-se, através da linguagem apresentada pelos sujeitos da pesquisa, que a estomia compreende não somente uma violação de caráter fisiológico, mas também influencia na ruptura e no declínio da autoimagem. Foi explicitado em alguns discursos a sensação de invalidez causada pela presença da estomia intestinal e a angústia de ter que conviver com um elemento estranho que agora está vinculado ao seu corpo, causando sofrimento e consequente alteração da autoestima.

Me sinto como uma inválida, não consigo levar uma vida normal. (A)

Medo, angústia e insegurança porque foi muito difícil pra mim. (C)

Era tudo muito novo, por isso fiquei insegura. (D)

Isso é um tipo de doença que acaba com a autoestima de qualquer pessoa. (J)

Isto é explicitado na literatura, que a partir do momento em que a pessoa se vê portadora de uma estomia intestinal, é esperado que esse indivíduo comece a sustentar

uma fase de negação, composta de diversas sensações em relação ao seu corpo, como a rejeição de si próprio e a sensação de retalhamento e mutilação. Ademais, a literatura traz também que a estomia pode carrear uma forte característica estigmatizante, responsável por originar a não aceitação e a criar perturbações emocionais em função do reflexo de sua imagem atual, podendo afetar o convívio na sociedade, como já foi dito anteriormente neste estudo<sup>15,18,19,21</sup>.

O conceito de estética corporal possui elementos subjetivos e pessoais, independentemente de como a pessoa enxerga a si mesma. Logo, ao adquirir uma estomia intestinal, a imagem que o paciente tinha elaborado sobre seu corpo pode ser destruída automaticamente, na maioria dos casos. A estomia traz configurações anatômicas completamente diferentes do usual, como o uso da bolsa coletora, necessidade de adaptar o vestuário, entre outras alterações. Logo, deve-se respeitar o período de adequação desse indivíduo<sup>11,19</sup>.

De acordo com os discursos encontrados, está explícito que muitos encontram na religião, na crença e na fé uma forma de conforto, apoio, e de certa forma até resignação com sua atual condição. Alguns chegaram a manifestar o desejo de serem curados pela fé. Observa-se que também existe aquele que não cita especificamente uma crença, mas desempenha um papel otimista e positivo nessa nova fase de sua vida, conseguindo reconhecer que o fator “tempo” foi imprescindível para amadurecer a ideia de aceitação da estomia intestinal. A abordagem aqui diz respeito aos discursos relacionados à manutenção da crença religiosa e da esperança como facilitadores no enfrentamento do processo saúde-doença, evidenciando que alguns indivíduos conseguem avistar um caminho positivo mesmo diante do diagnóstico da doença e da constatação da necessidade da estomia.

Sou uma pessoa de muita fé. (F)

Esperança em Deus na minha melhora. (H)

É possível constatar que a procura por um auxílio superior, que transcenda o plano terreno, sempre acrescenta um caráter de apoio e esperança, dando a força necessária para que aquele indivíduo possa enfrentar os desafios impostos no seu dia a dia pela estomia. A busca pela fé, tanto quanto o refúgio na religião, podem até proporcionar que o indivíduo se sinta seguro e confiante no tratamento de sua doença, logo, é inegável o benefício

da espiritualidade, pois através dela é possível o conforto e a esperança de dias melhores<sup>16,17</sup>.

O ser humano compreende muitas vezes a fé como um verdadeiro alívio para sua dor e entende que a ajuda divina vem para somar na batalha de dificuldades do cotidiano. A aproximação com Deus resulta em um apoio invisível, porém poderoso, que permite ao estomizado encarar sua realidade de forma mais branda. O sofrimento advindo passa a ser suportável, e até mesmo esquecido quando em contato com o divino, permitindo que essa pessoa desenvolva um olhar de esperança e se lance em busca de melhorar suas condições de vida<sup>19,22,23</sup>.

Ressalta-se, porém, que existem aqueles que não buscam na religião uma forma de suporte, mas adotam o pensamento positivo como uma estratégia de enfrentamento. Algumas pessoas com estomias desenvolvem a positividade para se defenderem de sentimentos e inquietações, conseguindo, dessa forma, um autocontrole sobre as emoções, que irá permitir com o tempo a aceitação e adaptação da situação<sup>24</sup>.

### **A importância das orientações de saúde no suporte à pessoa estomizada**

Essa última categoria foi elaborada a partir da ordenação dos discursos acerca das orientações, instruções e esclarecimentos provenientes de profissionais de saúde para com a pessoa estomizada durante o pré e o pós-operatório. Os sujeitos da pesquisa assinalaram a importância das orientações e a diferença positiva que elas desempenharam na qualidade de vida dos mesmos. A equipe de enfermagem desempenhou um papel central no pré e pós-operatório dos sujeitos, sendo que o aporte de orientações abarcou elementos técnicos, como o desenvolvimento das técnicas de autocuidado, e também elementos subjetivos, como a escuta sensível das aflições e receios dos pacientes além das tentativas de contribuir com a reinserção social dessas pessoas.

Assistente social, enfermagem. (B)

Ajuda para limpar a ileostomia. (B)

Equipe de enfermagem [...] me orientou muito bem. (C)

Dicas de sites onde eu poderia ter informações de roupas, lingerie, etc. (C)

Enfermeiros e psicólogos. (C)

Aprendi como cuidar da bolsa. (D)

Toda equipe de enfermagem e meu médico. (G)

Tive o maior apoio moral e medicinal, isso não posso reclamar. (J)

A equipe de enfermagem não deve se ater apenas a detalhes mecânicos e biológicos, como a manipulação e o cuidado com o dispositivo coletor, mas conceber também a importância em se tornar uma incentivadora e facilitadora do processo de aceitação e adaptação da estomia, bem como o fortalecimento dos laços familiares e reintegração desse sujeito na sociedade, fazendo dessas atitudes uma extensão da assistência prestada para além dos muros dos hospitais.

É importante salientar que o trabalho em equipe jamais deverá ser ignorado, pois a cada profissional de saúde cabe uma orientação diferente e única, que irá implicar em aspectos distintos na reabilitação do estomizado. A complexidade que envolve essa clientela necessita de um arcabouço de orientações, oriundas de diversos profissionais, pautando suas ações em conjunto e visando à construção de um planejamento assistencial que possibilite uma recuperação de qualidade com a consequente elevação da qualidade de vida<sup>6,11,21-25</sup>.

O espaço para a comunicação entre o paciente e o profissional deve ser construído no pré-operatório, permitindo o esclarecimento de todas as dúvidas emergentes já desde o princípio, propiciando, então, que o processo saúde-doença se estabeleça de forma mais amena e menos agressiva, cooperando com o entendimento de sua nova condição. É diante desse fato que se faz necessária a implementação de educação em saúde pelos profissionais, fornecendo informações prévias, trazendo segurança e impulsionando o estomizado para a sua autonomia<sup>16-18</sup>.

O enfermeiro qualificado deve atuar com abrangência em diversos aspectos que fragilizam a pessoa estomizada, constituindo peça-chave no desdobramento da reabilitação desses pacientes. Sendo assim, um plano de cuidados corretamente elaborado ultrapassa as questões biológicas e contempla iniciativas de reestruturação da vida social e familiar, assim como o encorajamento do retorno às suas atividades cotidianas e consequente emancipação do estomizado.

A qualificação profissional e o preparo diante da complexidade inerente a essa clientela se fazem essenciais para a prestação de uma assistência adequada. Deve-se lembrar que o profissional de saúde é elemento responsável por parte da reabilitação desses pacientes, e como tal, precisa conscientizar-se da necessidade de aprimorar e atualizar suas habilidades técnicas e de humanização.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo possibilitou a identificação da rotina da pessoa com estomia intestinal e do desdobramento frente às

dificuldades surgidas diante da experiência cotidiana pela presença dessa. Os desafios perpassados pela clientela em relação ao convívio com a estomia intestinal foram evidenciados diante de um complexo conjunto de questionamentos e emoções a serem desbravados. Foi realçado, também, que cada indivíduo duela com esses conflitos de forma única e pessoal, refletindo de maneira positiva ou negativa em sua recuperação.

Nesse contexto, concluiu-se que mesmo sendo uma pessoa estomizada é possível restabelecer sua vida dentro da normalidade, pois mesmo diante de algumas restrições inerentes a essa nova condição, uma boa qualidade de vida é realizável. No entanto, para que isso seja possível, a família e o profissional de saúde precisam assumir o compromisso de compor a rede de apoio desse indivíduo, para que se estabeleça o processo de reabilitação da melhor forma possível. Logo, a importância da equipe multiprofissional é inquestionável na atuação ao paciente estomizado, já que essa é uma clientela complexa, que necessita de suporte em diversas áreas profissionais. O atendimento de forma multiprofissional consegue abordar o paciente

como um todo, promovendo uma assistência holística que atenderá às diversas necessidades existentes diante dessa nova fase de vida e que deverá se expandir para além do atendimento hospitalar.

Destaque para a relevância da equipe de enfermagem, que desempenha um papel essencial com a pessoa estomizada, pois está presente em todas as fases que dizem respeito à construção da estomia. Concluiu-se que o profissional enfermeiro necessita manter um diálogo precoce com essa clientela, estabelecendo um binômio paciente-profissional no qual possam ser desenvolvidos a confiança e o apoio para minimizar dúvidas e sofrimentos que podem ser gerados com essa transformação.

Sendo assim, pode-se dizer que este estudo atingiu seus objetivos de forma plena, lançando um olhar criterioso para cada questão mencionada pelos sujeitos, permitindo a identificação dos principais problemas e possibilitando posteriormente a análise e a tradução detalhada da experiência cotidiana de ser estomizado, evidenciando barreiras, conflitos, dúvidas, inquietações, mas também revelando muita força de vontade, perseverança e compromisso com a vida.

## REFERÊNCIAS

- Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público em Terezina-PI. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):140-6.
- Sampaio FAA, Aquino PS, Araújo TL, Galvão MTG. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):94-100.
- Tosato SR, Zimmermann MH. Conhecimento do indivíduo ostomizado em relação ao autocuidado. *Revista Conexão UEPG*. 2007;1(1):34-7.
- Cunha RR, Ferreira AB, Backes VMS. Características sócio-demográficas e clínicas de pessoas ostomizadas: revisão de literatura. *Rev Estima*. 2013;11(2):29-35.
- Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASO; 2008. Disponível em <[http://www.abraso.org.br/estatistica\\_ostomizados.htm](http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm)>. Acesso em 18 mar 2016.
- Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):557-64.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 281 p.
- Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS. A atenção à saúde do estomizado no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Estima*. 2013;11(3):12-20.
- Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar. *Cogitare Enferm*. 2004;9(1):25-32.
- Galdino YLS, Castro ME, Pereira MLD, Lima SSO, Silva FAAS, Guedes MVC. O cotidiano da pessoa ostomizada frente às necessidades humanas básicas alteradas. *Rev Estima*. 2012;10(3):22-30.
- Barnabe NC, Dell'Acqua MCQ. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(4):712-9.
- Cassero PAS, Aguiar JE. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009;2(2):23-7.
- Poletto D, Silva DMGV. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(2):531-8.
- Silva AL, Shimizu HE. A relevância da rede de apoio ao estomizado. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):307-11.
- Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(4):483-90.

18. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro JP. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. *Rev Eletr Enf.* 2011;13(1):50-9.
19. Santana JCB, Dutra BS, Tameirão MA, Silva PF, Moura IC, Campos ACV. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):631-8.
20. Paula MAB, Takahashi RF, Paula PR. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Rev Bras Colo-proctol.* 2009;29(1):77-82.
21. Almeida RLM, Meirelles VC, Salimena AMO, Melo MCSC. Compreendendo os sentimentos da pessoa com colostomia. *Rev Estima.* 2006;4(3):26-34.
22. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(6):1043-7.
23. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):221-7.
24. Couto PG, Medeiros SS. Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal: uma visão holística de enfermagem. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca.* 2013;2(1):23-7.
25. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):163-7.

# Satisfação de Pacientes com Estomias Intestinais Quanto ao Uso de Equipamentos\*

*Patients with Intestinal Ostomy's Satisfaction in Using Equipments*

*Satisfacción de Pacientes con Estomas Intestinales Respecto al Uso de Medicamentos*

Rosemary Vieira Souza Spenazato<sup>1</sup>, Cláudia Regina de Souza Santos<sup>2</sup>,  
Ana Beatriz Pinto da Silva Morita<sup>3</sup>, Maria Angela Boccara de Paula<sup>3</sup>

## RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o nível de satisfação dos pacientes com estomia intestinal relativo aos equipamentos adquiridos em um programa de assistência a estomizados de uma cidade do sul de Minas Gerais, por meio de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas com 32 pessoas. A média de idade foi de 61,6 anos, 68,75% dos pacientes eram casados, do sexo feminino (56,25%), com estomas no quadrante inferior esquerdo (QIE) (43,75%), 12% devido à neoplasia, média de tempo de 6,2 anos, 75% com colostomia, 93,75% definitivos e 62,5% apresentaram dermatite. Do total de participantes, 53,13% usavam 2 peças; 84,38%, peça opaca; e 96,87%, peças drenáveis; média de 8 equipamentos ao mês; 96,87% estavam satisfeitos com a quantidade. Os pacientes consideraram "Boas" as variáveis relativas à aderência durante o uso (59,38%), à flexibilidade da base aderente (65,62%) e à segurança no fechamento (59,38%); foram encontrados valores iguais para "Boa" e "Ótima" (50%) quanto à aderência durante a aplicação. Do total de participantes, o adesivo foi considerado confortável por 75%, e 62,5% dos pacientes não relataram odor; 56,25% relataram ausência de ruído durante o movimento; 75% consideraram fácil a higienização e a remoção (93,75%); 75% relataram não sentir dor na remoção; 65,63% reportaram encontrar pouco resíduo após a retirada; 65,63% permaneciam com o equipamento de 4 a 6 dias. Referente às orientações antes e após a cirurgia, 81,25% não as receberam antes e 62,5% não as receberam após a cirurgia enquanto hospitalizados; e todos (100%) as receberam no Ambulatório de Estomaterapia. Os resultados, em sua maioria, foram de caráter positivo, presumindo-se que as pessoas com estomias intestinais possuem um nível de satisfação "Bom" quanto aos equipamentos fornecidos.

**DESCRITORES:** Equipamento. Estomia. Satisfação do paciente.

## ABSTRACT

The study was designed to evaluate the level of satisfaction of patients with intestinal stoma on the equipment purchased in a stomized assistance program of a city in the south of Minas Gerais, through a quantitative approach. Data were collected by semi-structured interviews with 32 people. The average age was 61.6 years, married (68.75%), female (56.25%), with stomas in the QIE (43.75%), 12% due to neoplasia, the average of time is 6.2 years, 75% with colostomy, 93.75% definitive and 62.5% showed dermatitis. Of the patients, 53.13% used two pieces, 84.38% opaque, 96.87% drainable, average of 8 devices per month and 96.87% were satisfied with the amount. Patients considered "Good" the variables related to adherence during use (59.38%), flexibility of adherent base (65.62%), security at closing (59.38%) and values equal to "Good" and "Great" (50%) in adherence during application. The adhesive was considered comfortable for 75% and 62.5%, with no odor, 56.25% related no noise during movement, 75% considered easy cleaning and removal (93.75%), 75% no pain in removing, 65.63% a little bit of residue after removal and 65.63% remained with the equipment from 4 to 6 days. Referring to guidelines before and after surgery, 81.25% not received them before the surgery, and 62.5% not after, while hospitalized; and all (100%) received them in Stomatherapy Clinic. Most of the results were of positive character, assuming that people with intestinal stoma have a level of satisfaction "Good" as the supplied equipment.

**DESCRIPTORS:** Equipment and supplies. Ostomy. Patient satisfaction.

\*Artigo extraído de monografia de mesmo título referente à conclusão do Curso de Especialização de Enfermagem em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté (UNITAU), para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia, abril de 2015.

<sup>1</sup>Enfermeira Estomaterapeuta Consultora na Prática Assistencial de Enfermagem – Home Care – Pouso Alegre (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Rua General Newton Marques de Azevedo, 135 – Fátima 1 – CEP: 37550-000 – Pouso Alegre (MG), Brasil – E-mail: rosemariyspenazato@hotmail.com

<sup>2</sup>Coordenadora do Ambulatório de Estomaterapia da Secretaria de Saúde de Pouso Alegre – Pouso Alegre (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade de Taubaté (UNITAU) – Taubaté (SP), Brasil.

Artigo recebido em: 29/02/2016 – Aceito para publicação em: 27/05/2016

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con estoma intestinal en relación a los equipos adquiridos en un programa de asistencia para estomizados de una ciudad del sur de Minas Gerais, por medio de un abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas con 32 personas. La edad media fue de 61,6 años, de pacientes casados (68,75%), del sexo femenino (56,25%), con estomas en el QIE (43,75%), 12% debido a la neoplasia, media de tiempo de 6,2 años, 75% con colostomía, 93,75% definitivos y 62,5% presentaron dermatitis. Del total de pacientes 53,13%, usaban dos piezas, 84,38% pieza opaca, 96,87% piezas drenables, media de ocho equipos al mes y 96,87% estaban satisfechos con la cantidad. Los pacientes consideraron "Buenas" las variables relativas a la adherencia durante su uso (59,38%), la flexibilidad de la base adherente (65,62%), y la seguridad al cerrar (59,38%) fueron encontrados valores iguales a "Buena" y "Óptima" (50%) respecto a la adhesión durante la aplicación. El adhesivo fue considerado confortable por 75% definitivos y 62,5% con ausência de olor, 56,25% relataron ausência de ruido durante el movimiento, 75% considera fácil la higiene y remoción (93,75%), 75% relataron no sentir dolor en la remoción, 65,63% reportaron encontrar poco residuo después de la retirada y 65,63% permanecían con los equipos de 4 a 6 días. En referencia a las orientaciones antes y después de la cirugía, 81,25% no las recibieron antes de la cirugía ni después (62,5%), mientras estaban hospitalizados todos (100%) la recibieron en el Ambulatorio de Estomaterapia. La mayoría de los resultados fueron de carácter positivo, presumiéndose que las personas con estomas intestinales tienen un nivel de satisfacción "Bueno" respecto a los equipos proporcionados.

**DESCRIPTORES:** Equipo. Estomía. Satisfacción del paciente.

## INTRODUÇÃO

A pessoa com estomia intestinal enfrenta vários desafios, entre os quais se destaca a adaptação ao equipamento (bolsa coletora). Diante dessa situação, é importante que o enfermeiro, estomaterapeuta (ET) ou não, tenha conhecimento, para que possa atuar na escolha do tipo de equipamento ideal.

A colostomia se caracteriza por uma abertura realizada na parede cólica e exteriorizada através da parede abdominal anterior, com o intuito de desviar o efluente fecal para o meio exterior<sup>1</sup>.

As estomias podem fazer parte do tratamento de doenças malignas, benignas, inflamatórias, traumáticas e congênitas do trato gastrointestinal; para que haja uma adequada confecção, é necessário um planejamento pré-operatório e observação de detalhes técnicos, a fim de evitar complicações. É necessária uma estomia bem confeccionada que facilite o autocuidado, favorecendo, assim, a reabilitação<sup>2</sup>.

A tecnologia empregada nos equipamentos para estomias proporciona melhoria significativa da qualidade de vida dessas pessoas, minimizando, dessa forma, as alterações do estilo de vida, bem como do tipo de intervenção a que foram submetidas<sup>3</sup>.

Os equipamentos para estomias merecem atenção por serem o meio pelo qual as eliminações são coletadas e por causarem dependência por parte dos pacientes. Eles são encontrados fechados ou drenáveis, de uma ou duas peças (base adesiva e bolsa), transparentes ou opacos, recortáveis ou pré-cortados, tanto para coleta de fezes como de urina. Mediante tal

importância, eles são desenvolvidos para proporcionar segurança, facilitar o manuseio, permitir mobilização sem ruídos e, assim, tornar o convívio das pessoas com estomias mais harmonioso nos diversos âmbitos da vida, auxiliando também no retorno às atividades diárias<sup>4</sup>.

Para alguns autores<sup>3-5</sup>, a utilização adequada do equipamento deve ser indicada por enfermeiro ET ou enfermeiro capacitado para esse procedimento, por implicar na variedade e na escolha adequada para melhor fixação e adaptação, além de benefícios como conforto, segurança, praticidade, proteção da pele e permanência na região periestoma.

A visão do paciente sobre o uso da bolsa coletora implica em mudanças no aspecto cotidiano, constituindo um desafio para sua adaptação, marcado por momento de luto, por vezes patológico, devido às perdas sofridas. Além disso, essa nova situação exigirá, tanto da pessoa com estomia como dos familiares e amigos, sentimentos capazes de minimizar a realidade vivenciada e aceitação da nova situação<sup>5</sup>.

As dificuldades encontradas pelas pessoas com estomias para a realização das atividades de autocuidado estão relacionadas à insuficiência ou à ausência de orientações quanto ao manuseio no período pós-operatório, ocasionando talvez complicações na estomia e pele periestoma<sup>6</sup>.

O interesse em saber sobre a satisfação com os equipamentos para estomias surgiu durante a realização de atendimento voluntário em um Ambulatório de Estomaterapia de um município do sul de Minas Gerais, em acompanhamento de pacientes com estomias intestinais nas consultas



de enfermagem, pois alguns deles relatavam particularidades por alguns equipamentos.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar o nível de satisfação dos pacientes com estomia intestinal (colostomia e ileostomia) em relação aos equipamentos adquiridos em um programa de assistência a estomizados de uma cidade do sul de Minas Gerais.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo realizado no Ambulatório de Estomaterapia da prefeitura de uma cidade do sul de Minas Gerais, o qual funciona como centro de referência às pessoas com estomias intestinais e urinárias.

A população da pesquisa foi composta por 97 pacientes com estomia intestinal (colostomia e ileostomia), cadastrados no Programa de Assistência a Pessoas com Estomias Intestinais e Urinárias do Ambulatório de Estomaterapia, sendo a amostra composta por 32 pessoas, maiores de 18 anos, com condições cognitivas e mentais para preencher o formulário, com estomia intestinal e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa aqueles que não residiam na cidade onde foi realizado o estudo, os que estavam acamados e os que tinham déficit cognitivo<sup>7</sup>.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2014, por meio de um instrumento elaborado pelas autoras com perguntas fechadas e abertas que constava de dados sociodemográficos, clínicos e relativos ao recebimento de orientações quanto à estomia e sugestões dos pacientes quanto aos equipamentos. Ela foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Taubaté (UNITAU), com CAAE nº 792.196, de 12 de setembro de 2014.

O procedimento para a coleta dos dados foi realizado mediante uma reunião com pacientes com estomias intestinais que ocorria mensalmente no centro de referência às pessoas com estomias. Aqueles pacientes que por algum motivo não compareceram à reunião foram informados por contato telefônico e indagados sobre a participação no estudo em suas residências, com data e horário estipulados pelos participantes.

Os equipamentos fornecidos às pessoas com estomias são enviados pela Secretaria de Estado da Saúde de Belo Horizonte (SES-MG) a cada dois meses e entregues

diretamente no centro de referência às pessoas com estomias. Essa entrega, conforme informações da enfermeira responsável, pode ser prejudicada por problemas relativos aos órgãos públicos, por fiscalização em portos, devido aos equipamentos serem importados, por empresa de transporte e por questões administrativas. Nesse caso, os pacientes são avisados sobre os problemas, e outros equipamentos, que não sejam os preferenciais, são oferecidos, com o intuito de não descontinuar seu uso e de evitar complicações com a pele.

Os resultados foram colocados em planilhas do programa Excel e quantificados em números absolutos e percentuais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 97 pacientes cadastrados desde o início do envio do projeto de pesquisa, 51 residiam no município onde foi realizado o estudo; desses, 32 participaram da pesquisa. A não participação foi decorrente de três deles possuírem urostomia, sete terem falecido, dois estarem acamados, dois estarem viajando, um estar internado, dois terem revertido, um ter mudado para outra cidade e um não ser encontrado em casa, apesar de dois retornos.

Os resultados apresentados nas Tabelas de 1 a 6 referem-se, respectivamente, aos seguintes dados sociodemográficos: distribuição das características clínicas dos pacientes; características dos equipamentos; dados sobre o grau de satisfação; dados sobre o recebimento de orientações; e sugestões quanto ao equipamento fornecido.

Na Tabela 1, observa-se o predomínio de mulheres (18/56,25%), faixa etária entre 71 e 80 anos (12/37,5%), média de idade de 61,6 anos e casados (22/68,75%).

Quanto à média de idade, em um estudo realizado no Hospital de Ensino de Brasília, Distrito Federal, (2011) para verificar o conhecimento de 15 pessoas com estomia intestinal acerca dos cuidados e das orientações recebidos no pré e pós-operatório, houve o predomínio de 60% de mulheres, com média de idade de 48,33 anos<sup>8</sup>, menor do que a encontrada neste estudo.

Por meio de estudo retrospectivo<sup>9</sup> realizado em 2013, após consulta em 308 prontuários de pacientes cadastrados em um programa de assistência a pessoas com estomias de uma cidade do sul de Minas Gerais, verificou-se que a média de idade (59 anos) foi semelhante à deste estudo, diferindo quanto ao sexo, no qual predominou o masculino (63%). Em outros estudos<sup>10,11</sup> o sexo masculino obteve

a maior frequência (53%), com média de idade de 56,3 anos e maior ocorrência do sexo feminino<sup>12</sup>.

Alguns estudos apontaram para pessoas casadas<sup>13-17</sup>, informação também reportada nesta pesquisa, não implicando na manutenção da intimidade do casal, assunto não abordado neste estudo.

Durante o estágio voluntário realizado em um serviço de atendimento às pessoas com estomas, percebeu-se um déficit em abranger a sexualidade durante as consultas de enfermagem. Por outro lado, ao frequentar encontros de pessoas com estomas realizados mensalmente, alguns pacientes mostraram-se desinibidos em falar sobre a intimidade do casal, relatando que achavam até engraçado o ruído do atrito do plástico do equipamento durante o ato sexual. Outros se mantiveram reservados, citando apenas que o estoma não os impedia de ter relações sexuais.

**Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos de pessoas com estomia intestinal atendidas no Ambulatório de Estomaterapia de uma cidade do sul de Minas Gerais, 2014.

Dados sociodemográficos	n	%
Idade (em anos)		
31 a 40	1	3,13
41 a 50	2	6,25
51 a 60	8	25
61 a 70	6	18,75
71 a 80	12	37,5
81 a 90	3	9,37
Total	32	100
Média de idade dos pacientes (em anos)	61,6	
Sexo		
Feminino	18	56,25
Masculino	14	43,75
Total	32	100
Situação conjugal		
Casado	22	68,75
Solteiro	2	6,25
Separado	2	6,25
Viúvo	6	18,75
Total	32	100

Fonte: formulário de pesquisa.

Do total de participantes, 25 (78,12%) tiveram neoplasia e média de tempo com estomia de 6,2 anos, 24 (75%) com colostomia, 14 (43,75%) das estomias estavam localizadas no quadrante inferior esquerdo (QIE) e 20 (62,5%) apresentaram complicações: 11 (34,4%) eram dermatite, e 30 (93,75%), definitivas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das características clínicas das pessoas com estomia intestinal atendidas no Ambulatório de Estomaterapia de uma cidade do sul de Minas Gerais, 2014.

Dados clínicos	n	%
Etiologia da estomia		
Neoplasia	25	78,12
Diverticulite	4	12,5
Outros	3	9,38
Total	32	100
Média de tempo com a estomia (em anos)	6,2	
Tipo de estomia		
Colostomia	24	75
Ileostomia	8	25
Total	32	100
Localização da estomia		
QID	8	25
QSD	3	9,37
QSE	2	6,25
QIE	14	43,75
Linha da cintura	5	15,63
Total	32	100
Presença de complicações*		
Sem complicações	12	37,5
Com complicações	20	62,5
Dermatite*	11	34,4
Hérnia paracolostômica*	10	31,25
Retração*	3	9,37
Granuloma*	3	9,37
Prolapso*	1	3,13
Permanência da estomia		
Definitivo	30	93,75
Temporário	2	6,25
Total	32	100

Fonte: formulário de pesquisa.

\*Admite-se mais de uma resposta; QID: quadrante inferior direito; QSD: quadrante superior direito; QSE: quadrante superior esquerdo; QIE: quadrante inferior esquerdo.

Quanto ao tempo de permanência com a estomia, 14% dos pacientes possuíam estomia há mais de 3 anos e 50% possuíam colostomia definitiva<sup>11</sup>, 38% com  $\geq 38$  meses<sup>17</sup>, 58,3%  $\geq 16$  anos<sup>15</sup> e outro estudo<sup>20</sup> diferindo com 73,7% com pessoas apresentando estomias há mais de 1 ano com caráter definitivo (75,2%).

A dermatite periestoma é a complicação mais comum da pele circundante à estomia, é causada, geralmente, pelo contato com o efluente proveniente de ileostomia e colostomia direita, por problemas alérgicos, mecânicos e infecção; seu tratamento consiste na correção ou na eliminação do fator desencadeante<sup>18</sup>.

Ao estudar o cotidiano da pessoa com estomia diante das necessidades humanas básicas, a neoplasia colorretal (40%) predominou entre outros diagnósticos<sup>10</sup>, situação também identificada em outra pesquisa, em que o índice foi de 51,4%<sup>12</sup>. Quanto aos tumores de cólon e do reto, eles foram encontrados em mais de 60% dos entrevistados, em pessoas com estomia há mais de 1 ano (74%), tipo colostomia (88%) e, na maioria, casos permanentes<sup>13</sup>. Em pessoas com estomia definitiva (60%), o câncer (73%) foi predominante entre as causas de confecção da estomia intestinal, com tempo de permanência variando de 1 mês a 17 anos e com média de tempo de 4,33 anos<sup>8</sup>.

Um estudo realizado por meio de consulta a 178 prontuários de pacientes cadastrados em um programa de pessoas com estomias do Centro de Especialidades Médicas da Prefeitura Municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, mostrou que 85,4% foram colostomias e 46,6% delas devido à neoplasia maligna, apresentando ainda complicações (57,9%), com predominância da dermatite (28,7%)<sup>19</sup>. Para alguns autores, a neoplasia também predominou entre as causas para realização da estomia intestinal<sup>19,15,20,13,11</sup>.

Um estudo<sup>9</sup> mostrou que, entre as complicações encontradas nos pacientes, destacaram-se dermatite (16%), retração (10%), granuloma (8%), com predominância daqueles em caráter temporário (51%); outros estudos<sup>15-17</sup> também apontaram que a dermatite foi predominante entre as complicações.

De acordo com a localização da estomia, os estudos<sup>6,16,17</sup> apontam colostomia realizada no flanco esquerdo em 48, 31,65 e 45%, respectivamente.

Conforme os resultados desta pesquisa, a presença de complicações chamou a atenção, devido ao fato de que pode interferir na vida diária desses pacientes. Apesar de não ter sido analisada a adequação do local do estoma, 5 (15,63%) pessoas possuíam o dispositivo na linha da cintura. Supondo que a dobra de pele

poderia estar presente, a dermatite seria a complicação mais frequente, como foi descrito no estudo. Além disso, a maior parte dos pacientes possuía estoma definitivo, 10 (31,25%) deles com hérnia paracolostômica, sendo a cirurgia uma opção para correção, conforme desejo do paciente.

Quanto aos dados sobre os equipamentos utilizados pelos pacientes, dados apresentados na Tabela 3, 17 (53,13%) faziam uso de equipamento de 2 peças, 27 (84,38%), de peça opaca, 31 (96,87%), de peças drenáveis e com mesmo valor para base adesiva plana, com média de 8 equipamentos por mês; os pacientes se declararam satisfeitos com essa quantia (31/96,87%).

Em um estudo realizado no ano de 2007<sup>14</sup> no município de Alfenas, Minas Gerais, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com estomias intestinais, dos 13 participantes, 61,5% relataram que a quantidade de bolsa era suficiente e 38,5% relataram que não era suficiente (valores não informados); referente aos equipamentos<sup>13</sup>, 6% tiveram problemas (dificuldades não especificadas).

**Tabela 3.** Distribuição dos equipamentos utilizados pelos pacientes com estomias intestinais atendidos em um Serviço de Estomaterapia de uma cidade do sul de Minas Gerais, 2014.

Dados sobre equipamento	n	%
Equipamento que faz uso		
1 peça	15	46,87
2 peças	17	53,13
Total	32	100
Opaca		
Transparente	5	15,62
Total	32	100
Drenável		
Fechada	1	3,13
Total	32	100
Base adesiva plana		
Base adesiva convexa	1	3,13
Total	32	100
Média de equipamentos fornecidos por mês (bolsa)	8	
Satisfação com quantidade fornecida		
Sim	31	96,87
Não	1	3,13
Total	32	100

Fonte: formulário de pesquisa.

Ao caracterizar a clientela residente em Ponte Nova, Minas Gerais, amostra de 12 pessoas com estomias, o tipo de equipamento predominante entre os pacientes era de uma peça (91,65%), peça drenável (66,6%) e peça recortável (91,6%)<sup>15</sup>. Talvez a maior quantidade de equipamentos de uma peça possa ser explicada devido ao predomínio da estomia em cólon esquerdo, em que a consistência das fezes pode variar entre pastosa e formada, além de o número de trocas ser de 1 a 2 vezes por semana. Além disso, todos os participantes mencionaram o uso adequado dos equipamentos, porém nem todas as expectativas eram atendidas (33,3%).

Os resultados foram diferentes: a maior ocorrência se deu para equipamentos de 2 peças (base adesiva e bolsa – 74%) e de cor opaca (85%); os demais dados assemelharam-se ao estudo anterior, com predomínio de equipamentos recortáveis (83,5%), drenáveis (98%) e com base adesiva plana (83,5%)<sup>17</sup>.

É importante que as pessoas que fazem uso de equipamentos para estomias tenham a oportunidade de escolher aquele que traz mais conforto e garanta sua segurança, independentemente da quantidade oferecida. Foi registrado um caso isolado de um paciente com ileostomia que preferia usar equipamento de uma peça com trocas diárias, apesar de ser orientado quanto ao tipo mais adequado, conforme relatou a enfermeira do serviço onde foi realizada esta pesquisa.

Por outro lado, apesar de a maioria das pessoas possuir colostomia, na qual as fezes se apresentam variando de pastosas a formadas, subentende-se que os equipamentos do tipo uma peça poderiam ser usados por grande parte dos pacientes. No entanto, observando as consultas de retorno dos pacientes, realizadas pela enfermeira ET, após o período de um a dois meses, ao questionar qual equipamento o paciente preferiu, obteve como resposta “aquele de duas peças (placa adesiva e bolsa)”, devido à praticidade para limpeza e trocas. Os equipamentos para estomia são imprescindíveis para a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas. A convivência do enfermeiro com os pacientes leva a uma relação de confiança, proporcionando informações que se revertem em procedimentos que favorecem a adequação dos equipamentos coletores.

As variáveis das Tabelas 4 e 5 foram divididas para facilitar a visualização e discussão.

A Tabela 4 mostrou que os pacientes consideraram “Boas” as variáveis relativas à aderência durante o uso (19/59,38%), à flexibilidade da base aderente (21/65,62%) e à segurança no fechamento (19/59,38%); valores iguais para “Bom” e

“Ótimo” (16/50%) foram relativos à satisfação dos pacientes quanto à aderência durante a aplicação. O adesivo foi considerado confortável por 24 (75%) pacientes, e 20 (62,5%) relataram que não passava nenhum odor.

Em uma pesquisa realizada com 15 pacientes, os resultados mostraram que o equipamento coletor preferido por todos os entrevistados foi aquele que eles consideravam ser

**Tabela 4.** Dados sobre o grau de satisfação de pacientes com estomias intestinais atendidos em um Serviço de estomaterapia quanto à satisfação dos equipamentos com relação à aderência, à flexibilidade, à segurança, ao conforto e ao odor de uma cidade do sul de Minas Gerais, 2014.

Grau de satisfação quanto ao equipamento	n	%
Aderência na aplicação		
Bom	16	50
Ótimo	16	50
Total	32	100
Aderência durante o uso		
Bom	19	59,38
Ótimo	10	31,25
Ruim	3	9,37
Total	32	100
Flexibilidade da base aderente		
Bom	21	65,62
Ótimo	10	31,25
Ruim	1	3,13
Total	32	100
Segurança no fechamento		
Bom	19	59,38
Ótimo	10	31,25
Ruim	3	9,37
Total	32	100
Conforto do adesivo		
Confortável	24	75
Razoável	7	21,87
Desconfortável	1	3,13
Total	32	100
Passagem do odor		
Nenhum	20	62,5
Pouco	10	31,25
Muito	2	6,25
Total	32	100

Fonte: formulário de pesquisa.

mais confortável, mais higiênico, menos alérgico, de maior durabilidade, de maior aderência, que prevenisse odor e que fosse drenável<sup>18</sup>.

Em vivência voluntária no Serviço de Estomaterapia foram observadas orientações pertinentes às variáveis

**Tabela 5.** Dados sobre o grau de satisfação de pacientes com estomias intestinais cadastrados em um Serviço de estomaterapia quanto à satisfação dos equipamentos relativos aos ruídos, à higienização, ao nível de dor na remoção, aos resíduos e ao tempo com a bolsa coletora de uma cidade do sul de Minas Gerais, 2014.

Grau de satisfação quanto ao equipamento	n	%
Ruído do plástico durante movimento		
Nenhum	18	56,25
Pouco	14	43,75
Total	32	100
Higienização		
Fácil	24	75
Razoável	6	18,75
Difícil	2	6,25
Total	32	100
Remoção		
Fácil	30	93,75
Razoável	2	6,25
Total	32	100
Nível de dor na remoção		
Ausente	24	75
Tolerável	8	25
Total	32	100
Presença de resíduo do adesivo na pele		
Nenhum	8	25
Muito	3	9,37
Pouco	21	65,63
Total	32	100
Tempo com equipamento		
1 a 3 dias	9	28,12
4 a 6 dias	21	65,63
7 dias	2	6,25
Total	32	100

Fonte: formulário de pesquisa.

da Tabela 4, as quais foram discutidas com a enfermeira do serviço em estomias. Em relação à permanência do equipamento, a profissional orientava sobre a importância da hidratação oral, além da ausência de produtos oleosos no local de aderência da base adesiva, da permanência em repouso por, no mínimo, 30 minutos após a colocação do equipamento, além de recortar o equipamento na medida correta, ou seja, com espaço de aproximadamente 2 a 3 mm entre o estoma e a base adesiva.

O item “flexibilidade” faz parte das indicações do profissional, no qual devem ser prescritas observando proximidade com proeminências ósseas, como crista ilíaca e rebordo costal. Ao passar para a segurança no fechamento, é importante proceder à demonstração do equipamento de forma detalhada aos familiares e pacientes, quantas vezes for necessário, durante a consulta de enfermagem. O conforto do adesivo é um item que será verificado, com o paciente e o equipamento de preferência, ao longo dos retornos, assim como será feita a avaliação da passagem de odor.

No que tange ao cuidado da pessoa com estomia, o enfermeiro se depara com uma gama de equipamentos e adjuvantes disponíveis no mercado para o atendimento. A indicação e a seleção do material adequado ao tipo de estoma e às características da pessoa e do efluente constituem etapa fundamental para o processo de reabilitação<sup>21</sup>.

Os itens analisados quanto à aderência, ao conforto do adesivo e à passagem de odor tiveram considerações desfavoráveis neste estudo, podendo estar relacionados com a presença de complicações como a dermatite e a hérnia paraestomal. Na presença da hérnia paraestomal, devido à conformação côncava do local para aderência da base adesiva, pode haver dificuldade de aderência, causando vazamentos e passagens de odor, fatores também observados na dermatite, acrescida da ardência na pele.

Quanto ao ruído do plástico durante o movimento, 18 (56,25%) pacientes relataram que não tinha nenhum ruído, 24 (75%) consideraram fácil a higienização, 30 (93,75%) acharam de fácil remoção, 24 (75%) relataram ausência de dor na remoção, 21 (65,63%) reportaram pouco resíduo após a retirada, e 21 (65,63%) permaneciam com o equipamento de 4 a 6 dias (Tabela 5).

Quanto à higienização, 23% dos pacientes encontraram dificuldade para a higienização da bolsa<sup>13</sup>, sendo também verificada a colocação inadequada da base adesiva (50,6%)<sup>19</sup>, 66,7% dos pacientes tinham habilidade total (troca e higiene)<sup>15</sup> e 53,8% não apresentavam dificuldade<sup>14</sup>.

Referente ao cuidado de enfermagem aos usuários com estomias, uma paciente mostrou-se insatisfeita, pois fazia um ano e cinco meses que fazia uso da bolsa e não saía mais de casa, afirmando ter vergonha e constrangimento na presença de barulho do equipamento e preocupação com a percepção de outras pessoas quanto a isso<sup>22</sup>. Outro estudo<sup>23</sup> também abordou esse item em sua pesquisa, obtendo em uma das respostas que *“às vezes quando eu vou para lugares com muitas pessoas, fico preocupada, porque a bolsa faz aquela zoadinha, aí vêm os gases, aí eu fico com receio de estourar, e me afasto”*. Alguns pacientes entrevistados no presente trabalho também referiram vergonha em ambiente público e que a colostomia começa a fazer barulho, como é possível perceber na fala, em tom de brincadeira: *“isso acontece porque não tem mais freio”*.

Quanto à remoção, durante as entrevistas, foi praticamente unânime a facilidade em retirar, a não ser quando retornava ao médico e era pedido para retirar a bolsa, o que causava desconforto, pois não era oferecido nenhum tipo de lenço úmido ou gaze molhada. Após essa queixa, o paciente foi orientado a levar uma bolsa contendo frasco com sabonete diluído e outro com água, para diminuir a dor e o desconforto ao retirar a base adesiva, além de levar um equipamento para realizar a troca.

A presença de resíduos foi apontada por mais da metade dos pacientes. Isso talvez ocorra devido à boa aderência da base adesiva, dependendo também da época do ano e do clima, variando com baixas e altas temperaturas. Essa variável merece abordagem mais ampla, sendo um fator limitante para discussão neste estudo.

O tempo de equipamento pode variar com a presença de orientações e a qualidade delas. Foi observado durante a vivência voluntária que os próprios pacientes, durante os retornos, relatavam a quantidade de dias em que o equipamento permanecia e quais eram as condições em que desprendiam da pele. Ao contrário de outro estudo<sup>8</sup> no qual nenhum entrevistado soube afirmar com precisão o tempo de duração do equipamento. Diante dos relatos, a enfermeira reorientava os pacientes, procurando encontrar em quais condições eles poderiam melhorar a colocação das bolsas.

A convivência com a bolsa de colostomia gera sentimentos conflituosos, preocupações e dificuldade para lidar com essa nova situação<sup>23</sup>. Talvez seja por isso que alguns pacientes preferiram trocar seus equipamentos mais vezes na semana, aumentando, com isso, a quantidade recebida ao mês.

A escolha do equipamento adequado é o elemento essencial para o sucesso no processo de reabilitação e reintegração social da pessoa com estomia, já que o dispositivo é um recurso indispensável<sup>21</sup>. Diante disso, o enfermeiro, ET ou não, precisa conhecer os produtos disponíveis no mercado, suas características e peculiaridades, bem como os recursos que a comunidade oferece para a continuidade da assistência.

A Tabela 6 mostra que 26 (81,25%) pacientes não receberam orientações antes da cirurgia, e 20 (62,5%) nem após a cirurgia; apenas no Ambulatório de Estomaterapia todos receberam orientações quanto ao manuseio e aos equipamentos (32/100%).

Um estudo mostrou que 53,3% dos pacientes receberam orientações no pré-operatório e 26,6% relataram não ter recebido nenhum tipo de orientação (não foram especificadas as orientações)<sup>8</sup>. O processo educativo enfermeiro-paciente deve ter como principal objetivo o fornecimento de informações necessárias para o autocuidado da pessoa com estomia, a fim de reduzir medos, prevenir complicações pós-operatórias, alcançar sua reabilitação e seu bem-estar geral, e melhorar sua qualidade de vida. A ausência de orientações também foi descrita em uma pesquisa<sup>17</sup>, em que 69,4% dos pacientes não foram informados antes da cirurgia quanto aos tipos de equipamentos existentes, à higienização, à presença de grupo de pessoas com estomias, à alimentação,

**Tabela 6.** Dados sobre o recebimento de orientações quanto aos equipamentos, ao manuseio e à cirurgia de pacientes com estomas intestinais cadastrados em um Serviço de estomaterapia de uma cidade do sul de Minas Gerais, 2014.

Recebimento de orientações	n	%
Antes da cirurgia		
Sim	6	18,75
Não	26	81,25
Total	32	100
Após a cirurgia		
Sim	12	37,5
Não	20	62,5
Total	32	100
Orientação ambulatorial		
Sim	32	100
Total	32	100

Fonte: formulário de pesquisa.

ao vestuário e ao relacionamento, ao cuidado com a pele e à troca de bolsa.

A consulta de enfermagem pré-operatória minimiza a ansiedade e o temor, esclarece dúvidas, pois frequentemente os pacientes não têm ideia de como é um estoma, do equipamento coletor (bolsa de colostomia) e de como conviverão com o estoma<sup>24</sup>.

Quanto aos equipamentos fornecidos, algumas sugestões foram relatadas:

- “Melhorar a aderência da base” (2/6,25%);
- “Melhorar o encaixe da bolsa na placa” (1/3,13%);
- “Aumentar o tamanho do adesivo microporoso” (2/6,25%);
- “Aumentar tanto a quantidade de bolsa como de barreira em pasta fornecida” (3/9,37%);
- “Ausência de filtro de carvão” (1/3,13%);
- “Aumentar a quantidade apenas de bolsas, para não ter que lavar constantemente” (2/6,25%).

Os dados acima referentes a “aumentar a quantidade de equipamentos fornecidos” contrariam as respostas obtidas na Tabela 3, na qual é possível verificar que 31 (96,87%) pacientes estavam satisfeitos com a quantidade fornecida, bem como com a “ausência de filtro de carvão”. Esse é um dado que poderá ser investigado posteriormente, a fim de esclarecer a possível duplicidade de entendimento.

As sugestões referentes a “melhorar a aderência da base”, “melhorar o encaixe da bolsa na placa” e “aumentar o tamanho do adesivo microporoso” foram repassadas para a enfermeira do Ambulatório de Estomaterapia para que fossem encaminhadas aos órgãos públicos responsáveis pelo fornecimento dos equipamentos. Além dessa ação, essas sugestões seriam discutidas em reuniões mensais, realizadas com os pacientes com estomias, reorientando o manuseio dos equipamentos.

## CONCLUSÃO

Entre os resultados apresentados nesta pesquisa, verifica-se que: 68,75% dos pacientes eram casados, 56,25% eram do sexo feminino, com causa para a confecção da estomia, na maior parte dos casos (78,12%), a ocorrência de neoplasia e média de idade de 61,6 anos. A maioria (75%) com colostomia, 93,75%, eram definitivos, e 62,5% apresentaram complicações, dentre elas, 34,4%

como dermatite. Referente aos equipamentos, 53,13% faziam uso de equipamento de 2 peças, 96,87%, drenáveis e com mesmo valor para base adesiva plana, com média de 8 equipamentos por mês, e 96,87% estavam satisfeitos com essa quantidade.

Quanto ao nível de satisfação, os pacientes consideraram “Bons” os itens relativos à aderência durante o uso (59,38%), à flexibilidade da base aderente (65,62%), à segurança no fechamento (59,38%), sendo encontrados valores iguais para “Boa” e “Ótima” (50%) quanto à aderência durante a aplicação. Do total de participantes, o adesivo foi considerado confortável por 75%, e 62,5% dos pacientes não relataram odor; 56,25% relataram ausência de ruído do plástico durante o movimento; 75% consideraram fácil a higienização; 93,75% não encontraram dificuldade com a remoção; 75% relataram ausência de dor na remoção; 65,63% reportaram pouco resíduo após a retirada; e 65,63% permaneciam com o equipamento de 4 a 6 dias.

Referente às orientações antes e após a cirurgia, 81,25% dos pacientes não as receberam antes e 62,5% não as receberam após a cirurgia enquanto hospitalizados, e todos (100%) vieram a recebê-las no Ambulatório de Estomaterapia. Em relação às sugestões quanto aos equipamentos, algumas foram relatadas, como “melhorar a aderência da base”, “melhorar o encaixe da bolsa na placa”, “aumentar o tamanho do adesivo microporoso”, “aumentar tanto a quantidade de bolsa como de barreira em pasta fornecida”, “ausência de filtro de carvão” e “aumentar a quantidade apenas de bolsas, para não ter que lavar constantemente”.

A maioria dos resultados foi de caráter positivo, presumindo-se que as pessoas com estomias intestinais apresentam um nível de satisfação “Bom” quanto aos equipamentos fornecidos. O enfermeiro, ET ou não, tem uma função essencial no cuidado do paciente com estomia intestinal; por isso, deve orientá-lo sobre o uso da bolsa, tirando suas dúvidas e dando explicações sobre o cuidado com o equipamento, a higienização, o tempo de troca, assim como sobre possíveis complicações, incentivando-o sempre quanto à importância do autocuidado.

Percebe-se que este estudo forneceu informações importantes para melhorar o atendimento às pessoas com estomias intestinais. Outras pesquisas devem ser realizadas com a finalidade de fornecer dados para construção de diretrizes relativas ao programa de pacientes com estomias.

## REFERÊNCIAS

- Paula PR, Speranzini MB. Colostomias e ileostomias. In: Boccara de Paula MA, Paula PR, Cesaretti IUR (orgs.). *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p.18-32.
- Paula PR. Situações clínicas que levam a confecção de estomas intestinais. In: Cesaretti IUR, Boccara de Paula MA, Paula PR (orgs.) *Estomaterapia: temas básicos em estomas*. Taubaté: Cabral; 2006. p.51-66.
- Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Rev Tex Cont Enf*. 2007;16(1):163-7.
- Marcondes MG. Características dos dispositivos para uso de estomas. In: Cesaretti IUR, Boccara de Paula MA, Paula PR (orgs.) *Estomaterapia: temas básicos em estomas*. Taubaté: Cabral; 2006. p.125-37.
- Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev SBPH*. 2008;11(2):27-39.
- Yamada BFA, Cesaretti IUR, Marcondes MGSG, Morais JF, Prado AAB. Ocorrência de complicações no estoma e pele periestoma: estudo retrospectivo. *ESTIMA*. 2003;1(3):16-24.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades*; 2014. [Internet] [cited 2014 Oct 20]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?Lang=&comum=315250&search=minas-gerais%7Cpouso-alegre>
- Kamada I, Faustino AM, Silva AL, Vieira ABD, Borges CT. Conhecimento acerca de ostomia intestinal por pacientes acompanhados em um serviço ambulatorial de enfermagem em estomaterapia: estudo qualitativo. *ESTIMA*. 2011;9(4):21-7.
- Spenazato RVS, Santos CRS, Boccara de Paula MA, Matias JL, Santos JL, Morita ABS. Estomas complicados em pacientes de um ambulatório de estomaterapia de um município do sul de Minas Gerais: um estudo documental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTOMATERAPIA, 10. Anais... Pouso Alegre: Sobest; 2013: p.45.
- Galdino YLS, Castro ME, Pereira MLD, Lima SSO, Silva FAA, Guedes MVC. O cotidiano da pessoa estomizada frente às necessidades humanas básicas alteradas. *ESTIMA*. 2012;10(3):22-30.
- Meirelles CA, Ferraz CA. Avaliação da qualidade do processo de demarcação do estoma intestinal e das intercorrências tardias em pacientes ostomizados. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001;9(5):32-8.
- Mantovani MF, Muniz MR, Simões MC, Boschco MD, Oliveira GD. O perfil dos usuários cadastrados na associação paranaense de ostomizados. *Cog Enf*. 2007;12(1):76-81.
- Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Rev Bras Coloproct*. 2005;25(2):146-9.
- Esteves AMSD. *Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de estomas intestinais [dissertação]*. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas; 2009.
- Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. *Rev Bras Col*. 2010;30(4):385-92.
- Pi Chilida MS, Santos AH, Calvo AMB, Bello BEC, Alves DA, Guerino MI. Complicações mais frequentes em pacientes atendidos em um pólo de atendimento ao paciente com estoma no interior de São Paulo. *ESTIMA*. 2007;5(4):31-6.
- Lima GA, Sousa VF, Santos CRS. Caracterização de estomizados de um centro de referência de estomas intestinais e urinários de uma cidade no sul de minas gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTOMATERAPIA, 10. Anais... Pouso Alegre: Sobest; 2012. p.74.
- Scianni RC, Cesaretti IUR e Boccara de Paula MA. Estomas complicados: como cuidar. In: Paula PR, Paula MAB e Cesaretti IUR. *Estomaterapia: Temas Básicos em Estomas*. Taubaté: Cabral; 2006. p.137-58.
- Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassu BR. Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma. *Rev Bras Coloproct*. 2007;27(1):16-9.
- Violin MR, Mathias TAF, Uchimura TT. Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados. *Rev Elet Enf*. 2008;10(4):924-32.
- Lage EMI, Boccara de Paula MA, Cesaretti IUR. Equipamentos coletores e adjuvantes usados no cuidado das estomias. In: Boccara de Paula MA, Paula PR, Cesaretti IUR (orgs.). *Estomaterapia em foco e o cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p.151-67.
- Carvalho VMJ, Cardoso JRS. Cuidados com dermatites periestomais. In: Malagutti W, Kakhara CT (orgs.). *Curativos, ostomia e dermatologia: Uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari; 2011. p.487-94.
- Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Junior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Rev Bras Enf*. 2011;64(6):1043-7.
- Schwartz MP, Sá SPC, Santos FS, Santos MLSC, Valente GSC. O cuidado ao paciente no pré-operatório de estoma intestinal provisório: revisão integrativa de literatura. *ESTIMA*. 2012;10(3):31-5.



# Dermatite Associada à Incontinência e o Uso Não Padronizado de Fraldas Geriátricas: Revisão Sistemática

*Dermatitis Associated with Incontinence and the Not-Standard Use of Geriatric Diaper: Systematic Review*

*Dermatitis Asociada con Incontinencia y Uso No Estándar de Pañales Geriátricas: Revisión Sistemática*

*Luise de Almeida Ferreira Alves<sup>1</sup>, Rosimere Ferreira Santana<sup>1</sup>, Aluane dos Santos Cardozo<sup>1</sup>,  
Thaís Muniz de Souza<sup>1</sup>, Carleara Ferreira da Rosa Silva<sup>1</sup>*

## RESUMO

O uso de fraldas por idosos hospitalizados pode ser considerado um dos responsáveis pelo surgimento de agravos dermatológicos e exacerbação dos episódios de incontinência urinária. A ausência de padronização quanto ao seu uso e indicação contribui para a presença dos eventos adversos. Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura cujo objetivo foi analisar o uso da fralda geriátrica ao que concerne a técnica, os produtos e os eventos adversos e a partir disso formular um protocolo de intervenção para uso de fraldas geriátricas. Para o direcionamento desta revisão sistemática foram seguidos os critérios do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Statement). Para busca optou-se pelas bases de dados CINAHL, LILACS, EMBASE e MEDLINE e obteve-se amostra final de 33 artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, sem delimitação de tempo para busca e com exclusão daqueles que abordassem sobre fraldas infantis. As pesquisas destacaram as características relacionadas à matéria prima e funcionalidades da fralda, assim como as técnicas de uso e as lacunas sobre a padronização desse processo nas intervenções de enfermagem. Do mesmo modo, os estudos demonstraram que os acometimentos cutâneos e de incontinência urinária possuem relação com a qualidade dos produtos utilizados e com a frequência das trocas.

**DESCRITORES:** Fraldas para adultos. Cuidados de enfermagem. Enfermagem geriátrica.

## ABSTRACT

The use of diapers for hospitalized elderly can be considered one of those responsible for the appearance of dermatological diseases and exacerbation episodes of urinary incontinence. The lack of standardization regarding the use and display contributes to the presence of adverse events. This is a systematic review study of the literature that analyzes the use of geriatric diaper as regards the technical, products and adverse events and from there formulate an intervention protocol for use of adult diapers. To the direction of this systematic review were followed the criteria of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Statement). For the search it was decided to use the CINAHL, LILACS, MEDLINE and EMBASE databases and it was obtained final sample of 33 articles in Portuguese, Spanish and English, without delimitation of time to search and excluding those that focused on children's diapers. The research highlighted the characteristics related to raw materials and functionality of the diaper as well as the use of techniques and gaps on the standardization of this process in nursing interventions. Similarly, studies have shown that skin affections and urinary incontinence are related to the quality of the products used and the frequency of exchanges.

**DESCRIPTORS:** Diapers, adult. Nursing care. Geriatric nursing.

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Dr. Celestino, 74 – Centro – CEP: 24020-091 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: luise\_almeida@yahoo.com.br  
Artigo recebido em: 27/04/2015 – Aceito para publicação em: 08/08/2015

## RESUMEN

El uso de pañales para adultos mayores hospitalizados puede ser considerado como uno de los responsables de la aparición de enfermedades dermatológicas y episodios de exacerbación de incontinencia urinaria. La falta de normalización con respecto al uso e indicación contribuye para la presencia de eventos adversos. Se trata de un estudio de revisión sistemática de la literatura que cuyo objetivo fue analizar el uso de pañales geriátricos concerniente a técnica, los productos y los eventos adversos y a partir de eso formular un protocolo de intervención para el uso de pañales geriátricos. Para el encaminamiento de esta revisión sistemática fueron seguidos los criterios de los Artículos de Información Preferido para Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis (Declaración PRISMA) en inglés *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA Statement). Para búsquedas se optó por las bases de datos CINAHL, LILACS, MEDLINE y EMBASE y se obtuvo una muestra final de 33 artículos en portugués, español e inglés, sin delimitación de tiempo para la búsqueda y con exclusión de los que abordasen pañales infantiles. Las investigaciones pusieron de relieve las características relacionadas con la materia prima y funcionalidad del pañal, así como el uso de técnicas y las lagunas en la normalización de este proceso en las intervenciones de enfermería. Del mismo modo, los estudios han demostrado que las afecciones de la piel y la incontinencia urinaria están relacionadas con la calidad de los productos utilizados y la frecuencia de los cambios.

**DESCRIPTORES:** Pañales para adultos. Cuidados de Enfermería. Enfermería geriátrica.

## INTRODUÇÃO

O uso de fraldas por idosos hospitalizados pode ser considerado um dos responsáveis pelo surgimento de agravos dermatológicos e exacerbação dos episódios de incontinência urinária. A ausência de padronização quanto ao seu uso e indicação contribui para a presença dos eventos adversos. Assim, estabelecer parâmetros em relação ao tipo e formato ajustado ao paciente, à capacidade e velocidade de absorção, ao período de saturação, aos inibidores de odores, à rotina de limpeza para promoção do conforto são essenciais para uma prática segura<sup>1</sup>.

Os produtos absorventes para a higiene íntima utilizados ainda se encontram na fase de estudos experimentais para estabelecer protocolos de mensuração da perda real de urina e, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), o teste recomendado é o *pad test*, que vale-se de critérios que avaliam a frequência e quantidade da perda urinária<sup>2</sup>.

Entretanto, não é prática cotidiana o uso dessa avaliação individual em cada idoso para adequar o grau de incontinência com o tipo de fralda. Os fabricantes classificam os produtos de acordo com a incontinência; todavia, se desconhece quais os parâmetros utilizados para estabelecer o grau de incontinência. Ou seja, não se sabe se o grau que indica a classificação do fabricante é similar ao grau indicado pela Sociedade Internacional de Continência (ICS).

Dessa forma, identifica-se uma lacuna no conhecimento produzido quanto à abordagem e relação do uso de fraldas geriátricas e os processos da assistência de enfermagem a idosos hospitalizados. Assim, faz-se necessário a busca na literatura

científica de estudos que demonstrem o conhecimento sobre as fraldas, consideradas como produtos de higiene continuamente utilizados na prática, mas sem uma determinação de seus parâmetros técnicos, uso associado de artigos absorventes e produtos de proteção cutânea; assim como os produtos e maneiras de utilizá-los. Este estudo tem como objetivo analisar o uso da fralda geriátrica ao que concerne a técnica, os produtos e os eventos adversos e a partir disso formular um protocolo de intervenção para uso de fraldas geriátricas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, conduzido conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>3</sup>, que buscou a contextualização das fraldas como produto/estrutura do cuidado de enfermagem e as práticas/técnicas/processos vinculados ao seu uso. Para formulação da pergunta de pesquisa adotou-se a estratégia PICO<sup>4</sup>:

- Population (População): adultos e idosos;
- Intervention (Intervenção): parâmetros técnicos do uso de fraldas geriátricas;
- Comparison (Comparação): técnica assistemática do uso de fraldas geriátricas;
- Outcomes (resultados/desfechos): eventos adversos: presença de dermatite por incontinência, úlcera por pressão, surgimento/manutenção da incontinência urinária e interferência na qualidade de vida.

Para seleção dos estudos foram consultadas as seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Embase Database* (EMBASE) com os descritores propostos pela biblioteca Virtual de Saúde (BVS): ‘Fraldas para adultos’/‘Adult, diapers’ e ‘Idoso’/‘Aged’. E, quando apropriado com a Terminologia *Medical Subject Headings* (MeSH): ‘Adult, diapers’ e ‘Aged’. Para busca, os descritores foram associados de duas formas:

1. ‘Fraldas para adultos’/‘Adult, diapers’ com o descritor ‘Idoso’/‘Aged’ e
2. o descritor ‘Fraldas para adultos’/‘Adult, diapers’ isolado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão: Artigos com foco de investigação sobre intervenções de enfermagem a idosos que utilizam fralda na hospitalização; Artigos que descrevam a fralda geriátrica como produto e materiais que a compõem; Artigos que descrevem a fralda geriátrica inserida nas práticas, técnicas e intervenções de enfermagem; Artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Não há delimitação temporal para seleção dos artigos. Critérios de exclusão: Artigos relacionados a intervenções de enfermagem relacionadas ao uso de fraldas em crianças. Artigos relacionados à fralda infantil como produto.

Para avaliação dos artigos, utilizou-se da proposta PRISMA que contém os itens relevantes para serem identificados na revisão. Para análise do material encontrado, optou-se por categorizar as informações de acordo com os dados sobre a fralda como produto utilizado nas práticas de enfermagem e saúde; materiais que compõem as fraldas geriátricas; o modo de utilizar e técnicas comuns ao uso de fraldas em idosos hospitalizados; e quais os eventos ou complicações decorrentes do uso de fraldas.

No total, foram identificados 414 artigos; 288 na base CINAHL, 121 na MEDLINE, 3 na LILACS e 2 na EMBASE. Neste momento, houve leitura do resumo dos artigos para seleção de acordo com os critérios estabelecidos com redução da amostra para 91 artigos na CINAHL, 52 na MEDLINE, 2 na LILACS e 1 na EMBASE (Figura 1).

Após a leitura dos artigos e captação das informações pertinentes, foram criadas categorias de análise dos temas recorrentes: a fralda geriátrica como produto absorvente para eliminações urinária; materiais e funções; e utilização da fralda em idosos ao que se refere ao modo de usar, práticas de enfermagem com a fralda geriátrica, adequabilidade e efeitos do uso, o uso por gênero e outros produtos utilizados concomitantes à fralda. Estes sumarizados nas categorias de análise: Fraldas como produto do cuidado de enfermagem; Técnica e processo no uso de fraldas por

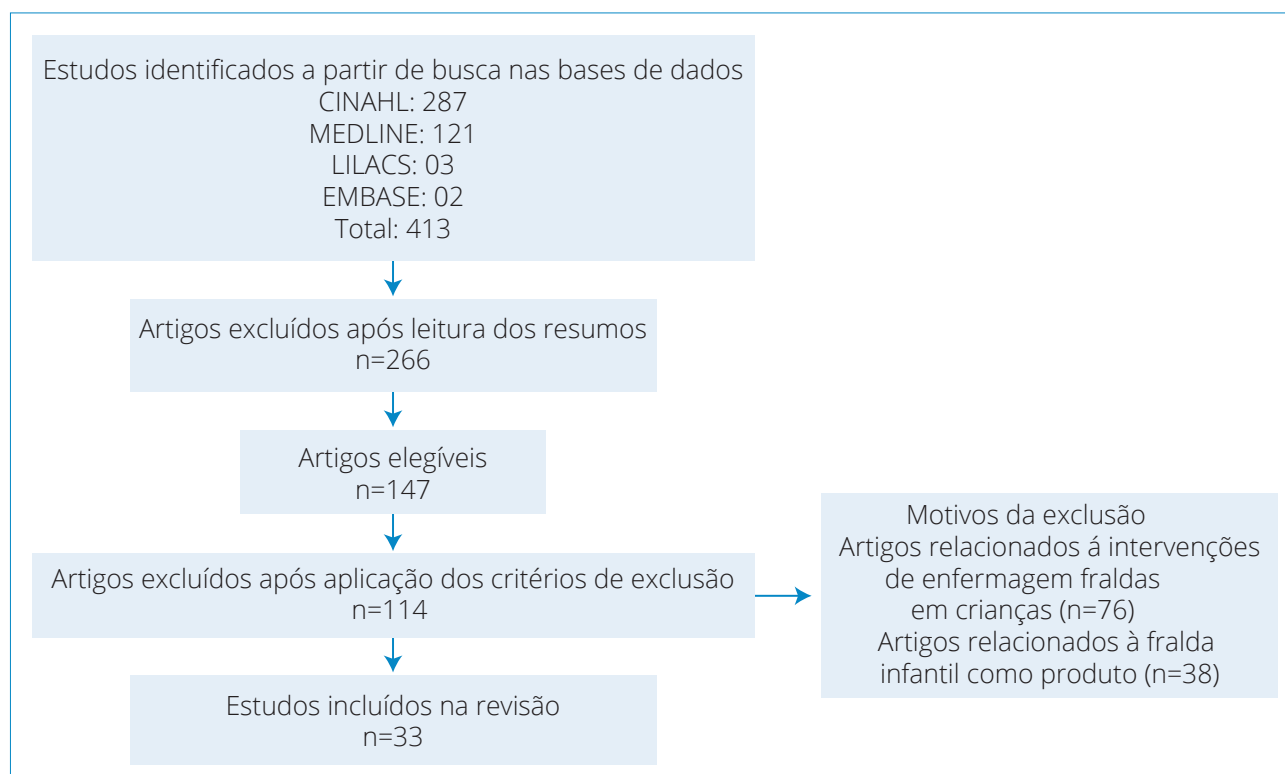


Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática, Niterói, 2015.

idosos hospitalizados; Eventos adversos associados ao uso de fraldas: Dermatite Associada à Incontinência, Úlcera por pressão, qualidade de vida, dor e desconforto.

## RESULTADOS

Houve uma maioria dos artigos na língua inglesa (91,6%), com período de publicação de 2004 a 2008 como os mais prevalentes. Identificou-se metade da amostra como estudos de revisão da literatura, e 13,8% daqueles caracterizados com ensaios clínicos randomizados. A Tabela 1 descreve os artigos de acordo com o tipo de estudo, nível de evidência, autores, ano de publicação, objetivos do estudo e a base de dados encontrada.

Como produto de análise da revisão da literatura, obteve-se a formulação da 'Intervenção padrão' (Quadro 1).

## DISCUSSÃO

### Fraldas como produto do cuidado de enfermagem

De acordo com alguns autores, há entre as categorias dos produtos duas subdivisões: os que são descartáveis (de uso único) e aqueles reutilizáveis (laváveis). Pode-se catalogar conforme o desenho e a adaptação ao formato do corpo e, principalmente, de acordo com o grau de incontinência<sup>5</sup>.

Os produtos absorventes descartáveis ou laváveis, geralmente, compreendem três camadas principais compostas por: um núcleo absorvente prensado entre a base impermeável do produto e a camada superior (permeável) que entra em contato com a pele do indivíduo. O componente principal desse núcleo absorvente é invariavelmente algum tipo de conjunto de fibras organizadas que contém adicionalmente determinado material superabsorvente, por vezes referido como polímero superabsorvente (PSA) ou absorvente de material gelificante (AMG). Estes, frequentemente, se concentram na região perineal, com variabilidade quanto ao equilíbrio das propriedades químicas, alterações na capacidade e velocidade de absorção desejadas<sup>6</sup>.

Em contrapartida, em relação a outros produtos absorventes, o ideal seria optar pelos absorventes próprios para urina, pois estes são mais eficazes em comparação àqueles usados para período menstrual. Justifica-se essa afirmativa pelo fato de possuírem uma área de superfície que é contrária

ao períneo e que assim favorece o escoamento da urina para o núcleo do absorvente e ainda contém polímeros de absorção evitando o extravasamento da urina e diminuindo odores<sup>7</sup>.

No caso de idosos hospitalizados, a escolha de modelos apropriados para as necessidades de incapacidade física e cognitiva auxiliam na minimização de agravos dermatológicos

**Quadro 1.** Descrição da 'Intervenção padrão: uso de Fraldas' segundo a literatura. Niterói, 2015.

Intervenção padrão: uso de fraldas
1. Separar o material necessário para a troca da fralda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fralda geriátrica descartável;</li> <li>• absorvente urinário (se desejar);</li> <li>• produto de barreira cutâneo de escolha;</li> <li>• panos limpos e descartáveis ou algodão hidrofílico;</li> <li>• luva de procedimento.</li> </ul>
2. Retirar a fralda suja evitando o contato das excretas com a região limpa.
3. Limpar a pele perineal com panos úmidos com água limpa em temperatura ambiente sempre em sentido do órgão genital para o ânus. Não reutilizar o pano.
4. Evitar friccionar a pele excessivamente. Para remoção de produtos de barreira, aumentar a frequência da limpeza em detrimento da força em cada limpeza.
5. Evitar o uso de bacias de banho para o cuidado perineal; essas bacias são frequentemente contaminadas. Exceto no caso que a bacia esteja em envelope estéril.
6. Conferir as dobras da pele para fezes e urina residual; caso haja, remover como descrito anteriormente. Atentar para que a pele mantenha-se menos úmida possível.
7. Após a limpeza, utilizar o produto de barreira selecionado (por exemplo, pomada de óxido de zinco).
8. Utilizar a fralda no tamanho anatômico adequado ao idoso, fixando o absorvente de urina na região frontal. Não utilizar mais de uma fralda e verificar se foi fechada adequadamente.
8. Utilizar a fralda no tamanho anatômico adequado ao idoso, fixando o absorvente de urina na região frontal. Não utilizar mais de uma fralda e verificar se foi fechada adequadamente.
9. Educar todos os prestadores de cuidados no método preferido de cuidados da pele.
10. As trocas devem ser realizadas a cada eliminação urinária e/ou intestinal voluntária ou por incontinência. Não exceder o período de duas horas para troca após episódio de eliminação.

e influência na qualidade de vida<sup>5</sup>. Dessa maneira, o conhecimento das características e parâmetros que determinam o produto ideal tornou-se primordial para a escolha da fralda a ser utilizada, na medida em que favorece à prevenção das injúrias na pele e ocasiona menos desconforto ao paciente.

## Técnica e processo no uso de fraldas por idosos hospitalizados

Tão importante quanto o produto é o modo de utilização, assim como o processo desenvolvido para seu uso, os parâmetros estabelecidos de adequação, validade, benefícios, riscos e a segurança.

O ambiente perineal pode ser alterado pela frequência e tipo de incontinência, pela condição da pele (inflamação e edema). Os fatores que prejudicam a pele perineal são aqueles como hidratação, pH da urina e/ou fezes e patógenos já presentes nas fezes ou na microbiota da pele. Há de se destacar ainda que a capacidade cognitiva do idoso de reconhecer a necessidade de ir ao sanitário compreende influência nesse processo<sup>8</sup>.

A utilização de produtos de barreira favorece a proteção cutânea, assim como o aumento da frequência de troca das fraldas diminui os agravos à pele. Porém, não há uma recomendação clara sobre qual seria o número de trocas ou o intervalo adequado<sup>9-14</sup>.

Sobre os produtos como pomadas e emolientes, relatou-se a ligação da Dermatite Associada a Incontinência (DAI) com a necessidade de utilização desses produtos tópicos. Assim, a rotina de cuidado da pele deve ser baseada no aumento da frequência de troca das fraldas e no uso exclusivo de água morna e sabão neutro para limpeza da região genital. A secagem deve ser feita de forma suave, evitando friccionar a região, e, finalmente, deve-se aplicar o protetor cutâneo ou antifúngico tópico em caso de infecções secundárias<sup>11</sup>.

Em sua maioria, os estudos não relatam objetivamente qual seria o tempo ideal para se trocar a fralda ou se há algum aspecto determinante na avaliação do enfermeiro para estabelecer o intervalo de troca<sup>14</sup>. Assim, apesar da lacuna que se apresenta em relação à frequência e intervalo de troca das fraldas, há estudos que destacam que o tempo necessário para se produzir alguma reação eritematosa na pele quando em contato com urina ou fezes é de duas horas; e que o volume de urina (valores maiores que 50 mL) é mais decisivo para o aparecimento de dermatites e infecções do que a quantidade de troca da fralda.

Desta forma, tão importante como o produto é o processo de como usar as fraldas no cotidiano do trabalho da enfermagem, visto que esses produtos podem ser utilizados durante períodos prolongados e as medidas adequadas de manejo e cuidados com a pele podem manter a integridade ou diminuir os riscos de lesões independente do período de uso.

## Eventos adversos associados ao uso de fraldas: Dermatite Associada à Incontinência e Úlcera por pressão

A dermatite associada à incontinência (DAI) pode ser definida como um acometimento com presença de eritema e edema na superfície da pele, por vezes, acompanhado por bolhas de exsudato seroso, erosão ou infecção cutânea secundária. Por ser reconhecida há pouco tempo como uma forma distinta de danos à pele, as investigações sobre epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, prevenção e tratamento ainda caminham na produção desses conhecimentos<sup>15</sup>.

As úlceras por pressão (UP) são lesões cutâneas provocadas por fatores externos, encontram-se como importantes eventos que acometem a pele da região pélvica. Entretanto, a distinção entre UP e DAI é clara à medida que as úlceras por pressão, geralmente, se desenvolvem sobre proeminências ósseas e tendem a assumir a forma de pressão causando, assim, os danos tissulares<sup>15,16</sup>.

A umidade causada pelo uso prolongado de fraldas diminui a resistência da pele, sendo um fator contribuinte para o surgimento das UPP, especialmente para aqueles idosos restritos ao leito e com mobilidade física prejudicada. O argumento clinicamente relevante para diferenciar DAI de UP é o impacto da prevenção e tratamento. Nota-se que, por vezes, na adoção de um regime de cuidados da pele definido para todos os pacientes, apenas aqueles em risco para DAI acabam recebendo adição de um protetor de pele ao seu regime. E, assim, tem-se a percepção que esse regime também é favorável para UP e, pode preveni-la<sup>16</sup>.

Dentre os estudos realizados sobre DAI, os resultados sugerem que existe associação entre incontinência urinária e danos à pele nas áreas expostas<sup>16</sup>. Portanto, é razoável concluir que os pacientes que são incontinentes estão em maior risco para o aparecimento dessas lesões.

Há concordância na literatura sobre a umidade da pele e a exposição prolongada a qualquer tipo de solução salina, água ou urina atuar como irritante e resultar na dermatite. Esse contato é capaz de provocar danos, habitualmente,

**Tabela 1.** Distribuição dos estudos segundo autores e ano de publicação, periódico, tipo de estudo, nível de evidência, base de dados e objetivo do estudo. Niterói, 2015.

Código	Artigo	Periódico	Tipo de publicação	Nível de evidência	Base de dados	Objetivos
01	Sugama et al. (2012) <sup>11</sup>	BMC Geriatrics	Ensaio clínico randomizado	1B	MEDLINE	Comparar dois produtos absorventes em idosas que apresentaram dermatite por incontinência
02	Beguín et al. (2010) <sup>6</sup>	BMC Geriatrics	Ensaio clínico randomizado	1B	MEDLINE	Testar como a forma modificada do desenho da fralda afeta parâmetros de barreira epidérmica
03	Fader et al. (2008) <sup>5</sup>	Health Technology Assessment	Ensaio clínico randomizado multicêntrico	1B	MEDLINE	Comparar o desempenho e a relação custo-eficácia dos principais projetos de produtos absorventes. Realizar a primeira fase do desenvolvimento de um instrumento de qualidade de vida (QV) para medir o impacto do uso do produto absorvente
04	Drennan et al. (2012) <sup>15</sup>	BMC Geriatrics	Revisão Sistemática da Literatura	2A	MEDLINE	Identificar intervenções conservadoras para incontinência em pessoas com demência ou prejuízo cognitivo que vivem em casa
05	Fader et al. (2008) <sup>16</sup>	Health Technology Assessment	Revisão Sistemática da Literatura	1A	MEDLINE	Para avaliar a eficácia dos diferentes tipos de produtos absorventes concebidos para incontinência moderada/ pesada
06	Newman et al. (2004) <sup>1</sup>	Nursing Research	Revisão Narrativa da Literatura	-	MEDLINE	Analisar produtos e dispositivos utilizados para a incontinência e identificar caminhos para a pesquisa e desenvolvimento em tecnologia
07	Newman (2004) <sup>7</sup>	Urology Nursing	Revisão Narrativa da Literatura	-	MEDLINE	Descrever os dispositivos de coleta e produtos utilizados por idosos incontinentes
08	Wolf et al. (2001) <sup>9</sup>	Clinics in Dermatoloy	Revisão Narrativa da Literatura	-	MEDLINE	Descrever a etiologia da dermatite por fraldas e implicações na prevenção e tratamento
09	Tarbox et al. (2004) <sup>17</sup>	Journal of the Applied Behavior Analysis	Estudo de caso	4	MEDLINE	Investigar os efeitos comportamentais indesejados em decorrência da fralda
10	Rogers et al. (2008) <sup>18</sup>	Journal of the American Geriatrics	Ensaio clínico randomizado	1B	MEDLINE	Avaliar o uso de dispositivos de coleta de urina e examinar preditores de avaliação em centros de saúde

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Código	Artigo	Periódico	Tipo de publicação	Nível de evidência	Base de dados	Objetivos
11	Black et al. (2011) <sup>12</sup>	Journal Wound Ostomy Continence Nursing	Revisão Narrativa da Literatura	-	MEDLINE	Rever o conhecimento atual de danos à pele associados à umidade e fornecer recomendações para a prevenção e gestão
12	Foureur et al. (2006) <sup>10</sup>	British Journal of Dermatology	Estudo observacional	-	MEDLINE	Determinar as causas da dermatite por incontinência em idosos e para avaliar a eficácia dos tratamentos antifúngicos nesta indicação
13	Roe et al. (2011) <sup>19</sup>	Journal of Advanced Nursing	Revisão sistemática da literatura	1A	MEDLINE	Identificar estudos descritivos com a incontinência como o principal foco em idosos em lares
14	Aquino et al. (2012) <sup>20</sup>	Revista Eletrônica de Enfermagem	Revisão integrativa da literatura	-	LILACS	Identificar na literatura as melhores intervenções para o tratamento e prevenção da integridade da pele prejudicada relacionada ao uso de fraldas evidenciada por dermatite
15	Duarte et al. (2007) <sup>21</sup>	Anais Brasileiros de Dermatologia	Estudo experimental	-	LILACS	Verificar a frequência da dermatite de contato em idosos, num grupo de pacientes com hipótese diagnóstica de dermatite de contato; demonstrar os principais sensibilizantes nesse grupo; comparar os dados obtidos nos testes de contato, com um grupo de adultos atendidos no mesmo período
16	Miyamaru et al. (2006) <sup>22</sup>	Revista Instituto Adolfo Luiz	Estudo observacional	-	EMBASE	Comparar os métodos in vivo e in vitro na avaliação da toxicidade dérmica e estimar a qualidade microbiológica de 60 amostras de produtos de higiene descartáveis comercializados na cidade de São Paulo
17	Bliss e Hurlow (2011) <sup>23</sup>	Geriatrics Nursing	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Identificar e descrever os produtos e intervenções utilizados no manejo da pele seca em idosos
18	Cottenden (1988) <sup>24</sup>	Journal of Medical and Biological Engineering	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Descrever os requisitos funcionais de absorventes de incontinência urinária e analisar os resultados de vários estudos que procuram relacionar o desempenho clínico desses produtos

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Código	Artigo	Periódico	Tipo de publicação	Nível de evidência	Base de dados	Objetivos
19	Pfisterer et al. (2007) <sup>25</sup>	Journal American Geriatrics Society	Estudo observacional	-	CINAHL	Analisar as preferências para diferentes tipos de tratamento de incontinência urinária em pacientes geriátricos
20	Engerg et al. (2004) <sup>26</sup>	Nursing Research	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Resumir o conhecimento atual sobre incontinência urinária em idosos mais velhos
21	Junkin e Selekof (2007) <sup>14</sup>	Journal Wound Ostomy Continence Nursing	Estudo piloto	-	CINAHL	Identificar a prevalência de incontinência e lesões na pele em áreas expostas a incontinência entre pacientes internados em dois hospitais
22	Figueiredo et al. (2012) <sup>27</sup>	International Urogynecology Journal	Estudo observacional	-	CINAHL	Avaliar a perda de urina em mulheres que usam absorventes urinários
23	Zurcher et al. (2011) <sup>28</sup>	Nursing Research and Practice	Estudo transversal	-	CINAHL	Avaliar práticas de enfermagem sobre pacientes idosos hospitalizados com incontinência urinária, a fim de determinar a necessidade de melhoria da qualidade ou redirecionamento do atendimento
24	Weiss (1998) <sup>29</sup>	American Family Physician	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Descreve a avaliação da incontinência urinária em pacientes geriátricos, com foco em uma abordagem de diagnóstico para uso em cuidados primários
25	Schneider et al. (2001) <sup>30</sup>	Journal of the American Medical Association	Estudo de caso	-	CINAHL	Relatar os sintomas, evolução e tratamento de uma idosa de 71 anos com incontinência urinária
26	Bale et al. (2004) <sup>31</sup>	Journal Tissue Viability	Estudo experimental	-	CINAHL	Analisar um novo protocolo de cuidados da pele em lares de idosos e seus efeitos sobre a condição da pele dos pacientes, e custos associados
27	Nix e Ermer-Seltum (2004) <sup>32</sup>	Ostomy Wound Manage	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Determinar a extensão na qual os protocolos de cuidados da pele perineal são consistentes e estimar o nível de cumprimento relacionado com o uso de protetores da pele perineal

Continua...



Tabela 1. Continuação.

Código	Artigo	Periódico	Tipo de publicação	Nível de evidência	Base de dados	Objetivos
28	Brunner et al. (2012) <sup>33</sup>	Urology Nursing	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Comparar dois produtos de cuidados da pele para determinar a incontinência e verificar o mais eficaz para a prevenção de pele
29	Eva et al. (2012) <sup>34</sup>	Gastroenterology Research and Practice	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Avaliar a prevalência de incontinência fecal, fatores de risco modificáveis e o efeito sobre a qualidade de vida
30	Hashizum (2004) <sup>35</sup>	Dermatology nursing	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Descrever o processo de envelhecimento da pele e as formas de tratamento e prevenção de danos
31	McClish et al. (1999) <sup>36</sup>	Journal Wound Ostomy Continence Nursing	Estudo experimental	-	CINAHL	Examinar o uso e custo de produtos de incontinência e relação com idade, tempo de incontinência, a frequência diurna, índices de gravidade, o diagnóstico urodinâmico e qualidade de vida
32	Thornburn et al. (1997) <sup>37</sup>	Journal Wound Ostomy Continence Nursing	Estudo experimental	-	CINAHL	Examinar a relação entre as propriedades da fralda e a sensação de conforto
33	Gray et al. (2012) <sup>13</sup>	Journal Wound Ostomy Continence Nursing	Revisão Narrativa da Literatura	-	CINAHL	Sintetizar e atualizar o conhecimento das recomendações de melhores práticas para incontinência associada à dermatite

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*; MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; LILACS: *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde*; EMBASE: *Embase Database*.

pela exposição repetida, e pode ter o agravante se contato com material fecal, que diminui as funções de barreira e proteção da pele<sup>14</sup>.

Portanto, três fatores essenciais podem levar ao aparecimento da DAI: a tolerância do tecido cutâneo, o ambiente perineal e modo de limpeza e higiene dessa região. Além disso, fatores como idade, estado de saúde, estado nutricional, exposição da pele ao cisalhamento ou fricção e temperatura corporal também podem interferir<sup>14</sup>.

Inflamação e edema são eventos que comumente caracterizam a DAI. Outros fatores predisponentes podem estar relacionados com o excesso de hidratação, o pH da urina ou fezes, a presença de patógenos oportunistas da microbiota local e, sobretudo, na frequência de troca das fraldas e

limpeza adequada dessa região com uso de produtos protetores cutâneos<sup>14</sup>, daí a importância do estudo do processo/técnica ideal para uso das fraldas.

O tempo necessário para o desenvolvimento da DAI foi de aproximadamente de 6 a 42 dias<sup>14</sup> (mediana de 13 dias). O tempo é fator importante visto que indivíduos acamados, em processos crônicos de hospitalização e funcionalmente dependentes são aqueles com maior propensão a desenvolver DAI.

A avaliação da DAI é basicamente descritiva e inclui aspectos como cor da pele, integridade, tamanho da lesão, sintomas de dor, ruptura da pele, hiperemia e flogose. Do mesmo modo, são avaliados quais os agentes irritantes, as condições da pele, aspectos nutricionais e processos infecciosos concomitantes<sup>14,15</sup>.

O uso adequado de produtos de barreira aliado a frequência regular na troca de fraldas podem garantir a ausência da DAI para aqueles que ainda não apresentaram, mas possuem fatores de risco; e provocar melhora naqueles com afecção já instalada; assim como o manejo durante a limpeza e higiene da região perineal, que favorecem a retirada do material irritante com a preocupação de eliminar qualquer sujidade residual<sup>14-16</sup>.

Logo, torna-se importante a história clínica do paciente para determinar a etiologia da lesão da pele perineal. Isso inclui a avaliação regular da pele, avaliação do risco de úlceras de pressão e identificação de incontinência fecal ou urinária, bem como outras fontes de umidade que podem afetar o risco de danos associados de umidade da pele, como a transpiração excessiva ou uma ferida com alto volume exsudado. De certo modo, as eliminações ocorrem de forma ininterrupta, mas a adesão de cuidados sistemáticos da pele podem definir considerável melhora na integridade cutânea<sup>16</sup>, por isso a

importância de se estabelecer parâmetros do processo/técnica de uso das fraldas.

## CONCLUSÃO

A recomendação de um padrão para o uso de fraldas geriátricas deteve a finalidade de estabelecer um modo sistemático e uniforme as intervenções de enfermagem. Os estudos demonstraram que os acometimentos cutâneos e de incontinência urinária possuem relação com a qualidade dos produtos utilizados e com a frequência das trocas.

Para tanto, a formulação de um protocolo de pesquisa para testar a intervenção uso de fraldas geriátricas, estabelece um modo sistemático e uniforme para as intervenções de enfermagem com intuito de diminuir a probabilidade de aparecimento de injúrias de pele e mucosa, bem como aparecimento e exacerbação da incontinência urinária e a percepção de interferência na vida diária.

## REFERÊNCIAS

- Newman DK, Fader M, Bliss DZ. Managing Incontinence Using Technology, Devices, and Products: Directions for Research. *Nurs Res.* 2004;53(6 Suppl):S42-8.
- Pereira VS, Santos JYC, Correia GN, Driusso P. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(4):182-7.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264-9.
- Greenhalgh T. Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Fader M, Cottenden A, Getliffe K, Gage H, Clarke-O'Neill S, Jamieson K, et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. *Health Technol Assess.* 2008;12(29):iii-iv.
- Beguín AM, Malaquin-Pavan E, Guihaire C, Hallet-Lezy AM, Souchon S, Homann V, et al. Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. *BMC Geriatr.* 2010;10:86.
- Newman DK. Incontinence products and devices for the elderly. *Urol Nurs.* 2004;24(4):316-33.
- Aquino PS, Melo RP, Lopes MVO, Pinheiro AKB. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):690-6.
- Wolf R, Wolf D, Tuzun B, Tuzun Y. Diaper Dermatitis. *Clin Dermatol.* 2001;18(6):657-60.
- Foureur NB, Vanzo B, Meaume VS, Senet P. Prospective aetiological study of diaper dermatitis in the elderly. *Br J Dermatol.* 2006;155(5):941-6.
- Sugama J, Sanada H, Shigeta Y, Nakagami G, Konya C. Efficacy of an improved absorbent pad on incontinence-associated dermatitis in older women: cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 2012;12:22.
- Black JM, Gray M, Bliss DZ, Kennedy-Evans KL, Logan S, Baharestani MM, et al. MASD Part 2: Incontinence-Associated Dermatitis and Intertriginous Dermatitis A Consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(4):359-70.
- Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, et al. Incontinence-Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;39(1):61-74.
- Junkin J, Selekof JL. Prevalence of Incontinence and Associated Skin Injury in the Acute Care Inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(3):260-9.
- Drennan VM, Greenwood N, Cole L, Fader M, Grant R, Rait G, et al. Conservative interventions for incontinence in people with dementia or cognitive impairment, living at home: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2012;12:77.
- Fader M, Cottenden A, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. *Health Technol Assess.* 2008;(4):CD007408.
- Tarbox RS, Williams LW, Friman PC. Extended diaper wearing: effects on continence in and out of the diaper. *J Appl Behav Anal.* 2004;37(1):97-100.
- Rogers MA, Mody L, Kaufman SR, Fries BE, McMahon LF, Saint S. Use of urinary collection devices in skilled nursing facilities in five states. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(5):854-61.

19. Roe B, Flanagan L, Jack B, Barrett J, Chung A, Shaw C, et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *J Adv Nurs*. 2011;67(2):228-50.
20. Aquino AL, Chianca TCM, Brito RCS. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2012;14(2):414-24.
21. Duarte I, Kobata C, Lazzarini R. Dermatite de contato em idosos. *An Bras Dermatol*. 2007;82(2):135-40.
22. Miyamaru LL, Bárbara MCS, Cruz AS, Ikeda TI, Sakuma H, Zenebom O. Estudo comparativo entre os métodos in vivo e in vitro na análise toxicológica de produtos de higiene descartáveis e sua avaliação microbiológica. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2006;65(2):118-22.
23. Bliss DZ, Hurlow J. Dry Skin in Older Adults. *GeriatrNurs*. 2011;32(4):257-62.
24. Cottenden AM. Incontinence pads: clinical performance, design and technical properties. *J Biomed Eng*. 1998;10(6):506-14.
25. Pfisterer MH, Johnson TM, Jenetzky E, Hauer K, Oster P. Geriatric Patients' Preferences for Treatment of Urinary Incontinence: A Study of Hospitalized, Cognitively Competent Adults Aged 80 and Older. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(12):2016-22.
26. Engerg S, Kincade J, Thompson D. Future Directions for Incontinence Research With Frail Elders. *Nurs Res*. 2004;53(6):22-9.
27. Figueiredo EM, Gontijo R, Vaz CT, Baracho E, Fonseca AM, Monteiro MV, et al. The results of a 24-h pad test in Brazilian women. *Int Urogynecol J*. 2012;23(6):785-9.
28. Zurcher S, Saxer S, Scwendimann R. Urinary Incontinence in Hospitalised Elderly Patients: Do Nurses Recognise and Manage the Problem? *Nurs Res Pract*. 2011;2011:671302.
29. Weiss BD. Diagnostic Evaluation of Urinary Incontinence in Geriatric Patients. *Am Fam Physician*. 1998;57(11):2675-84.
30. Schneider D, Glew CM, Dasgupta I, Hofmann MT. Urinary Incontinence in an Elderly Woman. *Hosp Physician*. 2001;21(22):52-61,70.
31. Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability*. 2004;14(2):44-50.
32. Nix D, Ermer-Seltum J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. *Ostomy Wound Manage*. 2004;50(12):59-67.
33. Brunner M, Droegemuller C, Rivers S, Deuser WE. Prevention of Incontinence-related Skin Breakdown for Acute and Critical Care Patients. *Urol Nurs*. 2012;3(4):214-9.
34. Eva HA, Coyne T, Hawes SK, Merikhi L, Naples SP, Kanagarajan N, et al. Fecal Incontinence: Prevalence, Severity, and Quality of Life Data from an Outpatient Gastroenterology Practice. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012:947694.
35. Hashizume H. Skin Aging and Dry Skin. *J Dermatol*. 2004;31(8):603-9.
36. McClish DK, Wyman JF, Sale PG, Camp J, Earle B. Use and costs of incontinence pads in female study volunteers. Continence Program for Women Research Group. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1999;26(4):207-8,210-3.
37. Thornburn P, Fader M, Dean G, Brooks R, Cottenden A. Improving the performance of small incontinence pads: a study of "wet comfort". *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1997;24(4):219-25.

# Influência do Processo de Enfermagem na Cicatrização de Úlcera Venosa: Estudo Clínico

*Influence of the Nursing Process in the Management of Venous Ulcer: Clinical Study*

*Influencia del Proceso de Enfermería en el Manejo de la Úlcera Venosa: Estudio Clínico*

*Idevânia Geraldina Costa<sup>1</sup>*

## RESUMO

Trata-se de um relato de caso clínico de úlcera venosa (UV) crônica em membro inferior direito com mais de seis anos de existência. Os dados evolutivos foram obtidos por meio de registros do Processo de Enfermagem (PE) e da avaliação fotográfica periódica da ferida, respeitando-se os preceitos éticos. O alcance dos resultados foi obtido entre a 13ª (2,3 x 0,5 cm) e 15ª semanas (completa cicatrização) após a implementação do PE. A implementação da PE juntamente com a prescrição de terapia tópica por uma enfermeira especialista, proporcionou melhora na qualidade dos registros da UV e o manejo do processo de cicatrização.

**DESCRITORES:** Cicatrização. Bandagens compressivas. Úlcera varicosa. Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

This is a case report of a venous ulcer (VU) in the lower right limb, with more than six years of existence. The evolution data were obtained from records of the Nursing Process (NP) and photographic periodic assessment of the wound by following the ethical aspects. The results were obtained between the 13<sup>th</sup> (2.3 x 0.5 cm) and 15<sup>th</sup> week (complete healing) after the implementation of the NP. The implementation of the NP together with the prescription of topical therapy by a specialized nurse provided better quality of the VU data and the management of the healing process.

**DESCRIPTORS:** Wound healing. Compression bandagens. Varicose ulcers. Nursing care.

## RESUMEN

Se trata de un caso clínico de úlcera venosa (UV) en la pierna derecha, que tenía más de seis años de existencia. Los datos de la evolución se obtuvieron de los registros del Proceso de Enfermería (PE) y de la evaluación fotográfica periódica de la herida, respetándose la ética. Se obtuvo el rango de resultados entre la 13ª (2,3 x 0,5 cm) y 15ª semanas (curación completa) después de la aplicación del PE. La aplicación del PE con la prescripción de la terapia tópica por una enfermera especialista proporcionó mejoría en la cualidad de los datos de la UV y del manejo del proceso de curación.

**DESCRIPTORES:** Cicatrización de heridas. Terapia de compresión. Úlcera varicosa. Atención de enfermería.

<sup>1</sup>PhD Student and Teacher Fellow, School of Nursing, Queen's University – Kingston, Ontario, Canada. Endereço para correspondência: Catarauqui Building, 92 – Street Kingston – Ontario – K7L 3N6 – E-mail: ide.costa15@gmail.com  
Artigo recebido em: 22/03/2014 – Aceito para publicação em: 22/08/2016

## INTRODUÇÃO

Úlceras venosas (UV), às vezes chamadas de úlceras varicosas ou de estase, são uma lesão crônica na perna, de alta incidência clínica, responsáveis pelos sofrimentos físico e psicossocial e pelo aumento do ônus nos cofres públicos, com pagamento de benefícios e gastos com tratamento ambulatorial prolongado.

As UV são causadas por uma incompetência do sistema valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso, que afeta o sistema venoso superficial, profundo ou ambos, causa danos às válvulas das veias das pernas e leva à hipertensão venosa<sup>1-4</sup>. Elas são caracterizadas por um padrão cíclico de cura e recidiva<sup>4</sup> com 57% de taxa de recorrência relatada num prazo de 10,4 meses após a cicatrização<sup>5</sup>. O início da UV pode ser traumático, secundário à infecção, ou devido ao aumento do edema. A dermatite local pode decorrer de doença venosa, irritação de contato ou reações alérgicas, que podem se manifestar clinicamente como prurido, vermelhidão e bolhas<sup>6</sup>, recebendo, nessa fase, o nome de erisipela.

A definição do diagnóstico, o planejamento da terapia e a evolução do processo de cicatrização são tarefas e objetivos importantes que devem ser realizados e documentados pelos profissionais<sup>7</sup>. No entanto, boas práticas clínicas e colaboração do paciente são as chaves para obter resultados eficientes em feridas de difícil cicatrização<sup>8</sup>.

Considerando que as UV são feridas de cicatrização complexa e, portanto, um desafio para os profissionais de saúde, decidiu-se escrever este artigo para relatar um caso clínico de UV com cicatrização lenta e apresentar os resultados alcançados após a implementação do Processo de Enfermagem (PE), com prescrição de terapêutica tópica por uma enfermeira especializada em feridas crônicas e coberturas.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso clínico acompanhado pela autora no período de 14 de abril a 20 de junho de 2011, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá (CEP/UNIC) (Protocolo 2011/139) e do termo de consentimento livre e esclarecido assinado por uma paciente adulta com UV crônica há mais de seis anos, admitida no Ambulatório de Dermatologia do Centro de

Referência em Médica e Alta Complexidade de Mato Grosso (CERMAC/MT), órgão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

O Ambulatório de Dermatologia foi inaugurado em 2004, no entanto, o PE foi efetivada apenas em março de 2011 após a admissão de uma enfermeira, especialista em feridas e coberturas, na equipe interdisciplinar. Antes da efetivação do PE, os registros das feridas eram feitos descritivamente no prontuário em forma de anotações pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem e às vezes pelos enfermeiros, e faltavam dados referentes à mensuração, às características do leito da ferida, entre outros, o que dificultava o acompanhamento do processo de cicatrização e determinação de terapia tópica adequada.

## Caso clínico

Paciente do sexo feminino, negra, casada, católica, 61 anos, mãe de 6 filhos, diarista, natural de Várzea Grande (MT), foi admitida no Ambulatório de Dermatologia, em 22 de março de 2010, devido à UV no maléolo medial da perna direita (Figura 1). Relatou que apresenta a UV por um período de seis anos (desde 2006) e que já havia tentado tratamento no domicílio com ervas e pomadas como neomicina e colagenase, e também em outras unidades de saúde, porém sem sucesso. Nega hipertensão, diabetes, neoplasias, tabagismo, etilismo, cirurgias, obesidade e trombose.

Registros de Admissão Médica: UV em maléolo medial direito medindo aproximadamente 12 x 8 cm (comprimento x largura), exsudato em grande quantidade, presença de tecido



**Figura 1.** Foto registrada pela paciente no primeiro dia de admissão no ambulatório (22 de março de 2010). Paciente relatou que usou ervas medicinais por mais de dois anos e colagenase no último ano.

de esfacelo em grande extensão e pouco tecido de granulação (Figura 1). Paciente queixa-se de dores como queimação nas bordas da lesão, sendo constatados pelo médico hiperemia, edema em membro inferior direito (MID), varizes superficiais, com pulsos pediosos e tibial bilaterais normais. Índice Tornozelo Braço (ITB) > 0,9 mmHg.

Classificação CEAP (*clinical signs; etiology; anatomic distribution; pathophysiology*): C6 (indica presença de úlcera).

Tratamento médico proposto: terapia compressiva com Bota de Unna (BU) com trocas pela equipe de Enfermagem a cada cinco ou sete dias, conforme avaliação do enfermeiro.

Terapia complementar: orientações nutricionais quanto ao tipo de dieta adequada às necessidades e à situação econômica da paciente, com acompanhamento da nutricionista a cada 15 dias nos primeiros 2 meses e mensal após o segundo mês, finalizando com visitas trimestrais.

## RESULTADOS

Em 28 de março de 2011, após um ano da data de admissão (22 de março de 2010) coincidindo com implementação do PE, a ferida havia diminuído (8 x 5 cm) consideravelmente em relação à avaliação e conduta inicial pelo médico vascular (12 x 8 cm), porém continuava com vultosa quantidade de tecido não viável (50%), exsudação moderada a alta e sem avanços na cicatrização há mais de seis meses.

Conduta de enfermagem: papaína 8% na primeira semana, com o objetivo de acelerar a limpeza da ferida (eliminação da fibrina), com trocas diárias ou sempre que saturasse a cobertura. A papaína foi bem tolerada pela paciente e foi negociada com o médico vascular a suspensão da BU até a presença de tecido viável em todo o leito da ferida.

Após sete dias de uso da papaína (3 de abril de 2011), observou-se melhora no leito da ferida com presença de 70% de tecido de granulação e 30% de fibrina superficial. Notou-se pouca evolução no processo de cicatrização (5 x 2,5 cm) e média à grande quantidade de exsudato.

Conduta de enfermagem: fina camada de papaína 6% sobre a fibra de alginato de cálcio com a finalidade de desbridar e absorver o exsudato. Além disso, aplicou-se a placa de hidrocoloide como cobertura secundária de forma a favorecer maior conforto e praticidade para a paciente, que havia relatado dificuldade para trocar os curativos diariamente. Era necessário fazer a substituição dessa cobertura a cada três dias.

Em 14 de abril de 2011, iniciaram-se oficialmente os registros fotográficos (Figura 2) e a ferida apresentava-se com 4,2 x 1,5 cm, 80% de granulação e 20% esfacelo.

Conduta de enfermagem: manteve-se a papaína 6% com alginato e retorno da BU (prescrita pelo vascular) como cobertura secundária, substituindo assim o hidrocoloide. A paciente se responsabilizou pelas trocas dos curativos secundários à BU (gazes e ataduras – fornecidos pelo serviço), sempre que percebesse qualquer umidade. As trocas das coberturas primárias e da BU ocorreram a cada cinco dias no ambulatório.

Em 10 de maio de 2011 (Figura 3), a ferida media 3,7 x 2 cm, 100% de granulação vitalizada, significante diminuição do exsudato e ausência de dor no local. Porém, houve relatos de prurido periferida com observação de leve hiperemia.

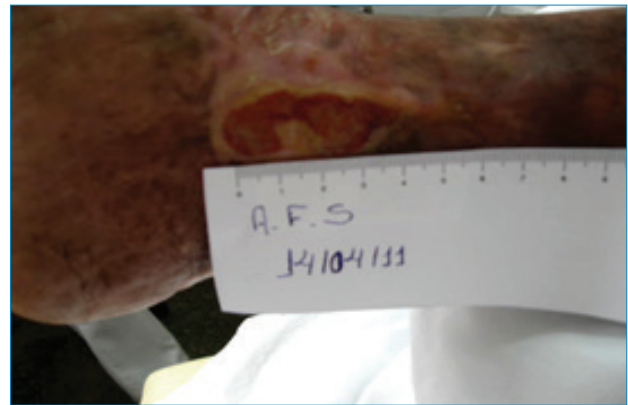


Figura 2. Úlcera venosa em maléolo medial direito. Terapia tópica: papaína 6% + alginato + Bota de Unna (14 de abril de 2011).



Figura 3. Úlcera venosa em maléolo direito. Terapia tópica: Placa de hidrocoloide + Bota de Unna (10 de maio de 2011).

Conduta de enfermagem: aplicação da placa de hidrocólide como curativo primário e a BU (sobre a placa) como curativo secundário. A paciente manteve as trocas de ataduras e gazes sobre a BU, porém com menos frequência devido à diminuição do exsudato.

Em 16 de maio de 2011 (Figuras 4 A e B), a ferida media 3,5 x 1 cm, 100% de granulação vitalizada, pouco exsudato e total ausência de odores e dores. Manteve-se a mesma conduta anterior, em virtude do notável sucesso no tratamento.

Na 13ª semana (7 de junho de 2011) de tratamento (Figura 5), a ferida estava com 2,3 x 0,5 cm, 100% de tecido vitalizado, área periferida com epitelização, exsudação em pouca quantidade. Conduta mantida.

Com 15 semanas (20 de junho de 2011) (Figura 6), a meta foi alcançada, pois havia cicatrização completa da ferida. Paciente recebeu alta e orientações, tanto da enfermeira quanto do médico vascular, com orientações para

manter os exercícios para ativar a circulação, repouso com membros inferiores (MMII) elevados sempre que possível e uso de meia compressiva diariamente.

## DISCUSSÃO

A existência de exsudação constante levou à necessidade de trocas do curativo secundário cerca de duas a três vezes ao dia, justificando o uso do alginato de cálcio. A existência de tecido de granulação desvitalizado e esfacelo conduziu à utilização de papaína a 8 e 6% até obtenção do tecido de granulação vitalizado, reativação da microcirculação para formação da angiogênese, melhorando a oxigenação e o transporte de nutrientes, células de defesa e epiteliais no



Figuras 4. (A) Úlcera venosa em maléolo direito. (B) Terapia tópica: Placa de hidrocólide + Bota de Unna (16 de maio de 2011).

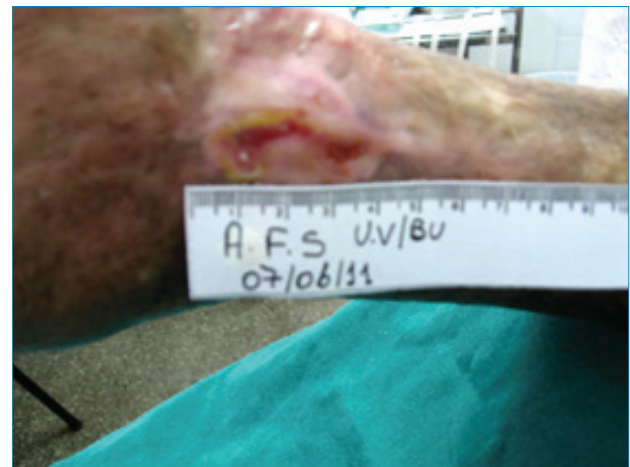


Figura 5. Úlcera venosa em maléolo direito. Terapia tópica: Placa de hidrocólide + Bota de Unna (7 de junho de 2011).



Figura 6. Meta alcançada. Cicatrização total, alta pelo médico e pela enfermeira (20 de junho de 2011).

leito da ferida. A terapia compressiva inelástica por meio da BU favoreceu a diminuição do edema causado pela estase venosa (EV) e consequentemente melhora do retorno venoso, aumentando assim o fornecimento de oxigênio para os tecidos e a angiogênese.

Há fortes evidências científicas (nível A) relacionadas ao favorecimento de um ótimo ambiente para a cicatrização de feridas por meio de controle de exsudato, carga microbiana e desbridamento de tecido desvitalizado. Segundo as melhores práticas para prevenção e tratamento de UV da Associação de Enfermagem da província de Ontário no Canadá (*Registered Nursing Association of Ontario – RNAO*), a limpeza e o desbridamento de tecidos desvitalizados são importantes para reduzir o risco de infecção, preparar o leito da ferida e promover a cicatrização. Além disso, deve-se ser muito crítico ao selecionar a cobertura e o produto, levando em consideração o objetivo (cicatrização e manutenção), a quantidade de exsudato, o leito da ferida, a preferência do paciente e a relação custo-eficácia<sup>9</sup>.

Existem insuficientes evidências relacionadas a uma cobertura ou produto, em particular, que seja mais eficiente na cicatrização de úlcera e redução da dor. No entanto, o mais importante fator a ser considerado durante a seleção da cobertura é se esta é apropriada para o indivíduo baseado nas características da úlcera, fatores de risco, ação do produto, conforto e fácil acesso<sup>9</sup>. A literatura<sup>10</sup> também recomenda que se evite excesso de umidade no leito da ferida, principalmente quando existe um inadequado suplemento sanguíneo; fato este que fundamenta e justifica a associação de alginato de cálcio (absorção de exsudato, hemostasia, úlcera infectada) e hidrocoloide (formação de tecido de granulação e autolítico suporte) com a terapia compressiva utilizada neste estudo clínico.

Atualmente, há muitos tipos de terapias disponíveis para UV, porém as mais bem-sucedidas continuam a ser as mais básicas, como elevação dos membros inferiores acima do nível da cabeça, quando sentados<sup>11</sup> e aplicação de terapia compressiva em forma de bandagens (elásticas ou inelásticas), a fim de propiciar o conforto, controlar exsudato e ajudar na cicatrização<sup>4,5,11</sup>.

A terapia compressiva continua sendo chamada de “padrão-ouro” no tratamento de UV com ausência de comprometimento arterial<sup>10</sup>. A BU é um tipo de terapia compressiva com bandagem inelástica muito utilizada no Brasil, que exerce uma pressão semelhante à pressão venosa, mas sem que seja superior à pressão arterial na perna, o que seria,

naturalmente, excessivo. A terapia compressiva atua na marcha, com uma maior eficácia na função de “bombeamento” dos músculos da perna, contribuindo para uma menor estase (acumulação/retenção) venosa no nível inferior da perna<sup>11</sup>.

Há fortes evidências de que o tratamento da doença de EV demanda o uso de terapia compressiva por toda a vida<sup>9</sup>. Isso significa que, mesmo após a cicatrização da UV, a pessoa deverá continuar prevenindo o aparecimento de novas úlceras por meio da adesão ao uso rotineiro de meias de compressão prescritas por um médico especialista, com conhecimento completo sobre a doença e o princípio da compressão terapêutica. De acordo com Burrows et al.<sup>10</sup>, as evidências científicas são também fortes quando se compara a alta taxa de recorrência de UV com a baixa aderência ao tratamento preventivo por meio de meias de compressão.

Fortes evidências também apontam para a necessidade de envolvimento de uma equipe interdisciplinar na prevenção e no tratamento de úlceras de perna<sup>9</sup>, no entanto, na prática sabe-se que a execução do tratamento de feridas complexas e sua avaliação periódica têm sido tradicionalmente conduzidas pelo enfermeiro por ser ele o responsável pela implementação do processo de Enfermagem.

O manejo de ferida crônica como a UV é fundamental durante o processo de cicatrização, devendo-se levar em consideração aspectos relacionados ao serviço (materiais disponíveis), às feridas (características e resposta à terapêutica) e ao paciente (preferências, relato de dor e desconforto). Tudo deve ser levado em consideração para que o profissional consiga fazer o gerenciamento do processo de cicatrização e alcançar bons resultados.

Fatores nutricionais, por exemplo, podem liderar significativamente a falha na cicatrização de feridas. Assim, quando há forte suspeita de deficiência de proteínas e vitaminas na dieta do portador de feridas, o manejo dessa deficiência deve ser conduzido por um nutricionista. Segundo Kunimoto et al.<sup>12</sup>, a deficiência nutricional pode ser o que diferencia uma ferida que cicatriza de uma que não cicatriza, mesmo após a implementação das melhores práticas clínicas.

## CONCLUSÕES

Em pouco mais de três meses de implementação do PE, com acompanhamento por uma enfermeira especializada em feridas e coberturas, observou-se considerável redução no tamanho da UV e aumento do tecido de granulação viável



com epitelização total. Além disso, foi possível observar melhores registros sobre a ferida e a aceleração do processo cicatricial, o que favoreceu o manejo da terapia tópica pelo enfermeiro, de acordo com aspectos relacionados aos serviços (materiais disponíveis), à ferida (características) e ao paciente (preferências).

Após essa experiência e outras semelhantes a essa vivenciadas na prática clínica, não restam dúvidas de que o enfermeiro deve se apropriar do processo de Enfermagem como um instrumento de sistematização das ações de Enfermagem com foco no planejamento de ações e prazos para atingir os

resultados esperados. Ele também deve ser capaz de avaliar e reavaliar essas ações, discutir e implementar condutas, mudar paradigmas e apostar em uma assistência de Enfermagem que ultrapasse barreiras para atingir os melhores resultados.

Além da aplicação da terapia compressiva, o paciente deve ser cuidado por uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e nutricionista, que acompanhará e orientará os pacientes quanto às melhores condutas disponíveis de acordo com as suas necessidades e a área de atuação de cada disciplina.

## REFERÊNCIAS

- Maffei FH. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento clínico. In: Maffei FH, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, Giannini M, Moura R. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- França LH, Tavares V. Insuficiência venosa crônica uma atualização. *J Vasc Bras*. 2003;2(4):318-28.
- Baptist CM, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de una em pacientes com úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(6):129-35.
- Palfreyman S, King B, Walsh B. A review of the treatment for venous leg ulcers. *Br J Nurs*. 2007;16(15):S6-14.
- Christensen CR, Yeager AA. Case study: a unique approach to compliance in a patient with venous ulcers. *J Vasc Nurs*. 2001;19(2):52-4.
- Sibbald RG, Williamson D, Contreras-Ruiz J, Burrows C, Despatis M, Falanga V, et al. Venous leg Ulcers. In: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. *Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals*. 4. ed. Malvern: HMP Communications; 2007. p. 429-42.
- Panfil EM, Linde E. Valid and reliable methods for describing pressure sores and leg ulcer – a systematic literature review. *Pflege*. 2007;20(4):225-47.
- Mapplebeck L. Case study: psychosocial aspects of chronic bilateral venous leg ulcers. *Br J Community Nurs*. 2008;13(3):S33-4, S36, S38.
- Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO). [Internet]. *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and management of venous leg ulcers*. Toronto: RNAO; 2004. [cited 2014 Feb 9]. Available from: [www.rnao.org/bestpractices/](http://www.rnao.org/bestpractices/)
- Burrows C, Miller R, Townsend D, Bellefontaine R, Mackean G, Orsted HL, et al. Best practice recommendations for the prevention and treatment of venous leg ulcers: update, 2006. *Adv Skin Wound Care*. 2007;20(11):611-21.
- Sibbald RG, Alavi A, Norton L, Browne AC, Coutts P. Compression Therapies. In: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. *Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals*. 4. ed. Malvern: HMP Communications; 2007. p. 481-504.
- Kunimoto B, Cooling M, Gulliver W, Houghton P, Orsted H, Sibbald RG. Best practices for the prevention and treatment of venous leg ulcers. *Ostomy Wound Manage*. 2001;4(2):34-50.

# Patente Canvas: Transformando a Maneira de Criar Patentes Inovadoras\*

*Patent Canvas: Transforming the Way to Create Innovative Patents*

*Patente Canvas: la Transformación de la Manera de Crear Patentes Inovadoras*

*Fernando Kobuti Ferreira<sup>1</sup>, Elaine Horibe Song<sup>1</sup>, Elvio Bueno Garcia<sup>1</sup>*

Inspirado no conhecido e renomado “canvas” do livro *Business ModelCanvas*, de Alexander Osterwalder e Yves Pigneur, o Patente Canvas é uma ferramenta para auxiliar no planejamento e criação de patentes inovadoras.

O Patente Canvas aborda os principais pontos que são essenciais para entender e avaliar o potencial de qualquer patente. É um mapa visual pré-formatado que contém onze blocos do modelo de negócios de uma patente inovadora. Ele permite relacionar as informações de forma sistêmica, integrada e rápida. A ferramenta é bastante útil para discutir e integrar percepções sobre a maneira como a patente gera valor.

O Patente Canvas pode ser acessado por meio de um e-book disponível no site: <<http://www.patentecanvas.com>>.



Figura 1. Site: patentecanvas.com.

\*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicadas à Regeneração Tecidual da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), defendida em 20 de maio de 2016.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Endereço para correspondência: Rua Napoleão de Barros, 715, 4º andar – Vila Clementino – CEP: 04024-002 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: fernando.k.ferreira@gmail.com  
Artigo recebido em: 05/06/2016 – Aceito para publicação em: 08/07/2016

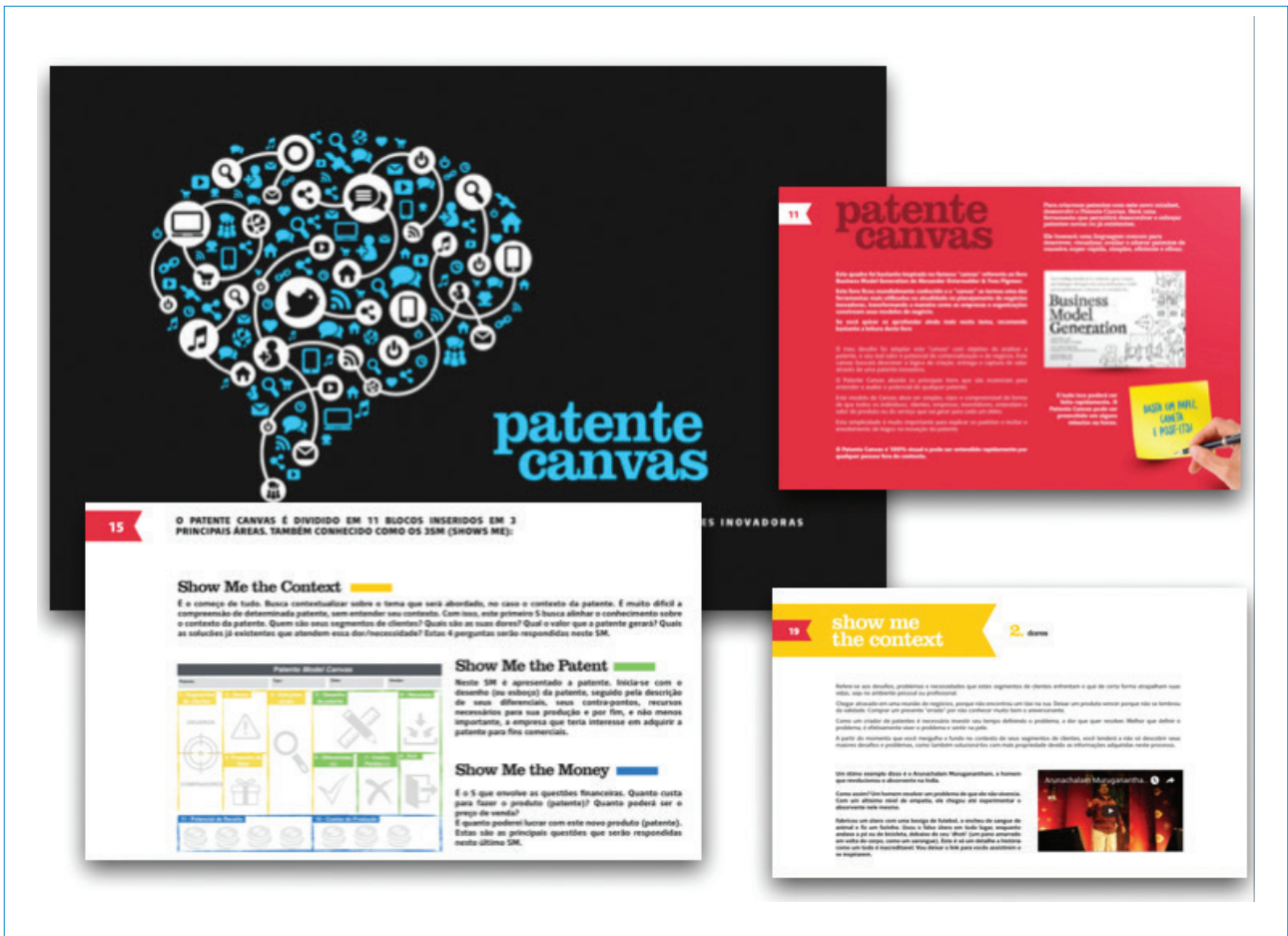


Figura 2. E-book Patente Canvas.



Figura 3. Patente Canvas | Versão PC e Mobile.

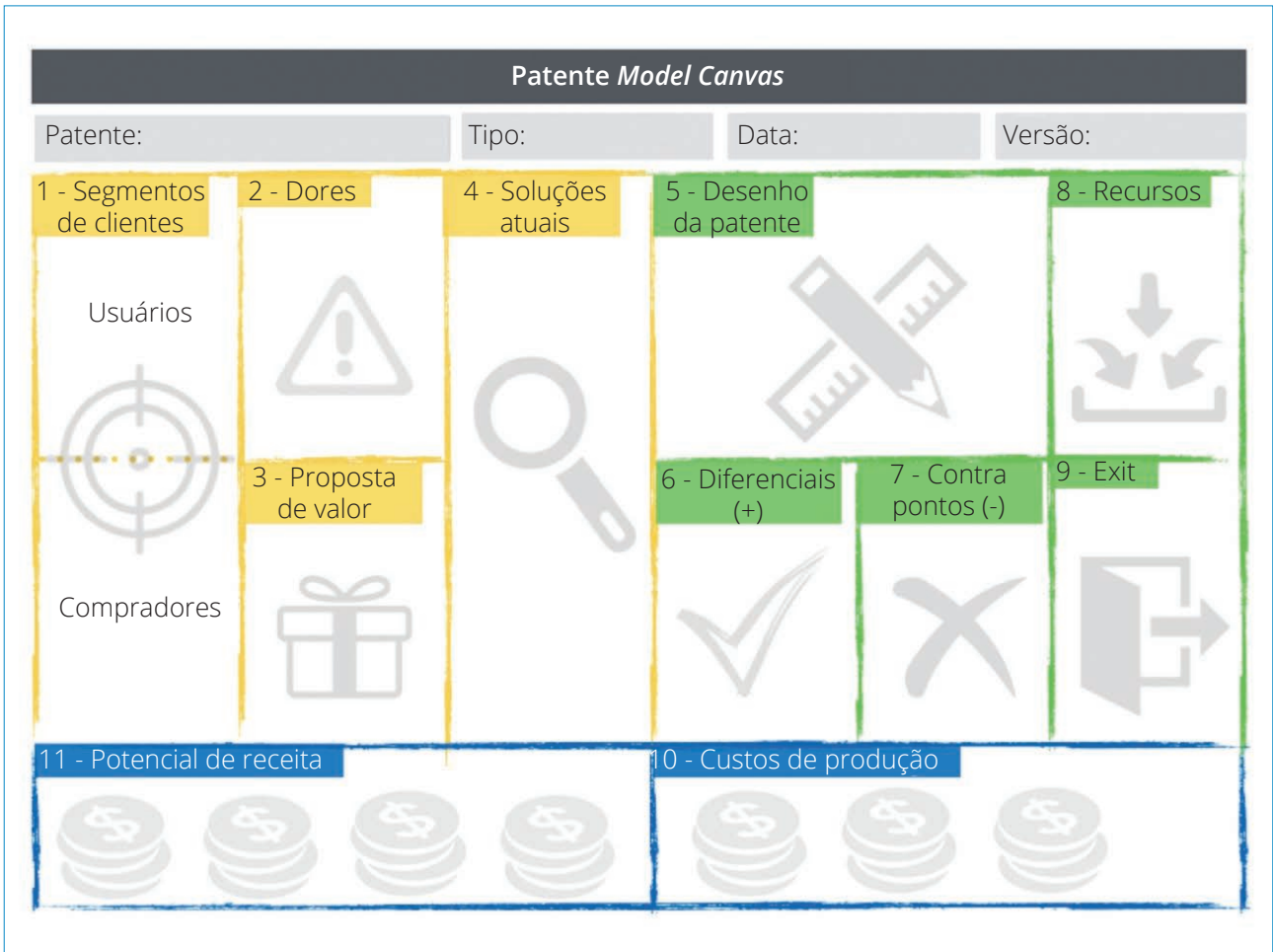


Figura 4. Patente Model Canvas.

# Interfaces da Enfermagem Dermatológica e Gerontológica na Prevenção de Lesões por Pressão: uma Reflexão

*Dermatologic and Gerontological Nursing Interfaces in Preventing Pressure Injuries: a Reflection*

*Interfaces de la Enfermería Dermatológica y Gerontológica en la Prevención de las Lesiones por Presión: una Reflexión*

*Selma Petra Chaves Sá<sup>1</sup>, Euzeli da Silva Brandão<sup>1</sup>, Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho<sup>1</sup>, Beatriz Guíton Renaud Baptista de Oliveira<sup>1</sup>, Célia Pereira Caldas<sup>1</sup>*

## RESUMO

Objetivo: Promover reflexão sobre a interface entre as especialidades de Enfermagem Dermatológica e Gerontológica visando à manutenção da integridade da pele do idoso, em especial na prevenção das lesões por pressão. Método: Trata-se de um artigo de reflexão abordando a importância da integração entre especialidades na tentativa de prevenir um problema que gera inúmeros prejuízos físicos, emocionais e sociais para o cliente, além do alto custo para as instituições. Resultados: As alterações cutâneas próprias do envelhecimento, associadas a outros fatores intrínsecos e extrínsecos, interferem na saúde da pele e podem predispor às lesões por pressão. Ao refletir especificamente sobre os fatores de risco que podem estar presentes no idoso, percebe-se a importância da avaliação interdisciplinar com vistas à integralidade do cuidado. Conclusão: Apesar das lesões por pressão não serem consideradas um agravo específico da pessoa idosa, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde atentem para as especificidades do idoso. Nesse sentido, ressalta-se a contribuição da parceria entre as especialidades, nesse caso, Dermatologia e Gerontologia.

**DESCRITORES:** Estomaterapia. Enfermagem. Saúde de idoso. Dermatologia.

## ABSTRACT

Objective: To promote the reflection on the interface between the specialties of Dermatology and Gerontological Nursing for the maintenance of skin integrity in the elderly, especially in the prevention of pressure ulcers. Method: This is an article of reflection addressing the importance of the integration between specialties in an attempt to prevent a problem that causes immense physical, emotional and social harm to the client, besides high costs to institutions. Results: Aging skin changes, associated with other intrinsic and extrinsic factors, influence the health of the skin and may predispose to pressure ulcers. In reflecting specifically on the risk factors that may be present in the elderly, we realize the importance of interdisciplinary assessment with a view on comprehensive care. Conclusion: Despite pressure ulcers are not considered a specific grievance of the elderly, it is essential that health professionals take heed to the specificities of the elderly. In this sense, it should be highlighted the contribution of the partnership between the specialties, in this case, Dermatology and Geriatrics.

**DESCRIPTORS:** Stomatherapy. Nursing. Health of the elderly. Dermatology.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Endereço para correspondência: Euzeli da Silva Brandão – Rua Doutor Celestino, 74 – Centro – CEP: 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil – E-mail: euzeli@terra.com.br  
Artigo recebido em: 11/09/2013 – Aceito para publicação em: 10/09/2016

## RESUMEN

Objetivo: Promover la reflexión sobre la interfaz entre las especialidades de Enfermería Dermatología y Gerontológica para el mantenimiento de la integridad de la piel del añoso, en especial en la prevención de las lesiones por presión. Método: Se trata de un artículo de reflexión abordando la importancia de la integración entre las especialidades en el intento de prevenir un problema que genera innumerables daños físicos, emocionales y sociales para el cliente, además del alto costo para las instituciones. Resultados: Las alteraciones cutáneas propias del envejecimiento, asociadas a otros factores intrínsecos y extrínsecos, interfieren en la salud de la piel y pueden predisponer para lesiones por presión. Al reflexionar específicamente sobre los factores de riesgo que pueden estar presentes en el añoso, se nota la importancia de la evaluación interdisciplinaria con miras a la integralidad de la atención. Conclusión: A pesar de que las lesiones por presión no se consideran como una queja específica de las personas mayores, se vuelve imprescindible que los profesionales de la salud, estén atentos a las especificidades del añoso. En este sentido, se destaca la contribución de la asociación entre las especialidades en este caso, la Dermatología y la Geriatria.

**DESCRIPTORES:** Estomaterapia. Enfermería. Salud del añoso. Dermatología.

## INTRODUÇÃO

Segundo projeções, desde 2010, 11% da população do país vêm sendo composta de pessoas acima de 60 anos<sup>1</sup>, estando o Brasil à frente da Espanha em número de idosos<sup>2</sup>.

O acelerado processo de envelhecimento populacional vem produzindo sérios desafios para o sistema de saúde, entre eles, o conhecimento por parte dos profissionais no que diz respeito às peculiaridades das pessoas que compõem esse grupo, impondo a necessidade premente de estabelecer estratégias para abordagem adequada às suas necessidades<sup>3</sup>.

Diante desse quadro, entre as diversas questões a serem discutidas, emerge a preocupação com a saúde da pele do idoso. Estudos revelam que mais de 90% dos idosos apresentam algum tipo de distúrbio na pele. Trata-se de um órgão complexo, que compreende 15% do peso corporal, no qual acontecem interações celulares e moleculares importantes, representando uma das demandas do envelhecimento com declínio progressivo na capacidade proliferativa e no tempo de vida das células<sup>4</sup>.

Com o envelhecimento, a capacidade desse órgão realizar as suas funções é reduzida. Nesse sentido, ressalta-se o significativo aumento do número de casos de problemas relacionados à pele, sejam eles inerentes especificamente ao próprio processo de envelhecimento da pele ou associados a outros agravos como diabetes, hipertensão, processos degenerativos, imobilidade e uso de medicamentos. Entre eles, citam-se o fotoenvelhecimento, o câncer de pele, as lesões por pressão e outros agravos, cuja incidência e prevalência aumentam com o passar da idade<sup>5</sup>.

Entre esses agravos, destaca-se neste artigo um desafio no cuidado de Enfermagem: a prevenção de lesões por pressão, tendo em vista que o desenvolvimento dessas lesões é considerado um problema mundial<sup>6</sup> e sua incidência, um indicativo da qualidade dos cuidados.

A lesão por pressão é considerada um dano localizado na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, relacionada ao uso de dispositivo médico ou outro, resultante da pressão intensa e/ou prolongada combinada ao cisalhamento, além da existência de outros fatores associados<sup>7</sup>. No Brasil, devido à precariedade de registros, a determinação da sua incidência e prevalência ainda é difícil. Um estudo retrospectivo realizado em prontuários de clientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário de Recife, Pernambuco, revelou que de 56 clientes 24 desenvolveram lesões por pressão (42,86%)<sup>8</sup>.

Apesar de o desenvolvimento dessas lesões não ser exclusivamente atribuído à questão da idade avançada, e sim a um conjunto de fatores associados, considera-se relevante destacar o risco aumentado nessa faixa etária, tendo em vista não somente a fragilidade da pele do idoso mas também a presença de comorbidades, uso de medicamentos, incontinência, entre outros fatores.

O desenvolvimento dessas lesões acarreta o aumento do tempo de hospitalização, de carga de trabalho para Enfermagem e dos custos, além de maior morbidade e mortalidade. Considerando a existência de fatores intrínsecos e extrínsecos, a avaliação do risco do cliente, em especial do idoso, torna-se imprescindível para prevenção dessas lesões. Na tentativa de facilitar essa avaliação, a literatura disponibiliza, há algumas décadas, escalas validadas na literatura como

Norton, Waterlow e Braden. Apesar da disponibilidade desses recursos, a sua aplicação na prática ainda é um desafio<sup>6</sup>.

Nesse contexto, considera-se importante lembrar as responsabilidades e os deveres do enfermeiro conforme cita o art. 12 da Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de assegurar à pessoa, à família e à coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência<sup>9</sup>.

No que diz respeito especificamente ao idoso, lembra-se a Portaria nº 1.395/99 da Política de Saúde do Idoso, que preconiza a manutenção da sua capacidade funcional, ou seja, a manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma<sup>10</sup>. Assim, compreende-se que o desenvolvimento de lesão por pressão representa para o idoso a perda de sua capacidade funcional, dificultando ou até mesmo impedindo a realização das atividades de vida diária, acarretando, assim, maior dependência.

Considerando que as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento devem ser acompanhadas por diferentes membros da equipe multidisciplinar, incluindo as diversas questões que envolvem a manutenção e a recuperação da integridade da pele, mencionam-se as especialidades de Enfermagem em Dermatologia e Gerontologia, ambas reconhecidas na lista de especialidades no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, Resolução nº 389, de 18 de outubro de 2011<sup>11</sup>. Destaca-se ainda a existência da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) e da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST)<sup>12</sup>, entidades civis sem fins lucrativos e de caráter científico cultural, que têm como um de seus objetivos agregar enfermeiros na área da assistência, ensino e pesquisa para promover o desenvolvimento científico, visando à melhoria da qualidade do atendimento.

No caso do idoso, busca-se entender melhor o processo de envelhecimento, a fim de planejar medidas mais adequadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, principalmente em relação à manutenção e/ou recuperação da integridade da pele das pessoas nessa fase específica da vida<sup>5</sup>.

Nesse contexto, destaca-se a Enfermagem Gerontológica, que tem a sua ênfase na maximização do nível de independência do indivíduo para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária, em prevenir as doenças e promover, manter e restaurar a saúde, e em preservar a dignidade, o conforto e o bem-estar do idoso<sup>13</sup>.

Diante dessas considerações, este artigo tem como objetivo promover a reflexão sobre a interface entre as

especialidades de Enfermagem em Dermatologia e em Gerontologia, visando à manutenção da integridade da pele do idoso, em especial na prevenção das lesões por pressão.

## MÉTODOS

Trata-se de um artigo de reflexão abordando a importância da integração entre as especialidades Dermatologia e Gerontologia, na tentativa de desenvolver ações conjuntas para prevenir um problema que gera inúmeros prejuízos físicos, emocionais e sociais para o cliente, além do alto custo para as instituições.

## INTERFACES ENTRE ESPECIALIDADES: ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA E GERONTOLÓGICA NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NO IDOSO

Embora ao longo dos anos a ocorrência das lesões por pressão tenha sido equivocadamente atribuída exclusivamente aos fatores extrínsecos, ou seja, relacionados diretamente aos cuidados de Enfermagem, atualmente reconhece-se a influência de fatores intrínsecos, que são relacionados ao quadro clínico do cliente e que necessitam ser avaliados pelo enfermeiro para implementação de medidas corretivas e preventivas<sup>14</sup>.

Assim, durante a avaliação do idoso hospitalizado ou não, o enfermeiro deve considerar na entrevista e no exame físico as condições biopsicossocial, espiritual e econômica, com ênfase no estado geral e cognitivo, as condições posturais e de locomoção, os sinais vitais e nutricionais, assim como a presença de enfermidades e o uso de medicamentos que podem interferir na sua mobilidade, sensibilidade e/ou na circulação periférica. Nesse contexto, considera-se importante citar os recursos disponíveis para a avaliação das condições cognitivas, capacidade funcional, atividades de vida diária e instrumentais, como a escala do Mini Exame do Estado Mental, Katz e Lawton<sup>15</sup>.

No que diz respeito especificamente ao exame da pele, destacam-se a inspeção, caracterizada pela visualização geral

da superfície da pele, e a palpação, que auxilia na detecção de alterações. O exame minucioso e atento é indispensável para identificar alterações na cor, textura, temperatura, turgor, presença de edema, de umidade e de lesões<sup>16</sup>. Importa ainda mencionar a importância de considerar fatores como etnia e atividade laboral que o idoso exerceu e/ou que ainda exerce.

O envelhecimento provoca alterações fisiológicas e estruturais em praticamente todos os sistemas do corpo, em grande parte afetado por fatores genéticos, dieta, condições sociais e doenças. Sobre as alterações próprias do envelhecimento, alerta-se que o idoso apresenta a pele mais seca devido à redução da quantidade e da atividade das glândulas sebáceas e exócrinas. A redução do sebo aumenta o ressecamento e reduz a proteção da pele, já que este apresenta ação fungicida. A redução do tecido subcutâneo, responsável pela sustentação, auxilia no enrugamento da pele, além de facilitar a ocorrência de lesões<sup>13</sup>.

A redução das células de Langerhans, responsáveis pela fagocitose de antígenos, torna o idoso ainda mais suscetível aos microrganismos. Devido à perda de 10 a 20% de melanócitos em cada década de vida, os idosos têm menor proteção contra os raios ultravioleta (UV), que induzem mutações celulares<sup>17</sup>.

Os vasos sanguíneos apresentam maior fragilidade. A redução da vascularização cutânea diminui a temperatura da pele e causa palidez. Alterações nas terminações nervosas diminuem a sensibilidade da pele, facilitando a ocorrência de traumatismos<sup>17,18</sup>.

O déficit sensorial diminui a capacidade de responder aos estímulos álgicos. As doenças agudas, crônicas, graves ou terminais diminuem ainda mais o fornecimento de sangue para a periferia e, conseqüentemente, o aporte de nutrientes e oxigênio para os tecidos<sup>19</sup>.

O uso de medicamentos, como drogas vasoativas, esteroides, citotóxicas e imunossupressoras, reduz a resistência dos tecidos. A história prévia de lesões por pressão reduz a resistência do tecido presente na região previamente acometida<sup>19</sup>.

Quando presente, a deficiência nutricional pode causar anemia, reduzir a oferta de nutrientes e oxigênio para os tecidos e a elasticidade da pele. Nesse sentido, alerta-se que os idosos emagrecidos possuem menos proteção contra pressão. Por outro lado, a obesidade dificulta o deslocamento durante a mobilização<sup>19</sup>.

A diminuição do nível de consciência, as fraturas e o desenvolvimento de doenças leva à redução da mobilidade ou imobilidade do idoso. A redução da mobilidade pode ser

agravada com o uso de ansiolíticos, analgésicos e sedativos, realização de procedimentos cirúrgicos, entre outros<sup>19</sup>.

Ressalta-se, ainda, que as incontinências podem estar presentes, sendo a urinária mais comum entre as mulheres idosas<sup>13</sup>.

Sobre os fatores extrínsecos, destacam-se a pressão, o cisalhamento, a maceração e a fricção. Assim, ressalta-se que as alterações cutâneas próprias do envelhecimento, associadas a outros fatores intrínsecos e extrínsecos que podem estar presentes, interferem na saúde da pele e podem predispor às lesões por pressão. Ao refletir especificamente sobre os fatores de risco apresentados pelos idosos, percebe-se a necessidade de valorizar a identificação de tais fatores e a implementação de ações corretivas e preventivas personalizadas.

No que diz respeito à avaliação dos indivíduos em risco, primeiro aspecto na perspectiva da prevenção, considera-se importante mencionar que o primeiro modelo de indicador de risco foi desenvolvido em 1975, o *Norton Score*. Norton estudou clientes geriátricos e estabeleceu cinco fatores: estado físico e mental, atividade, mobilidade e incontinência. Cada fator foi dividido em quatro níveis e foi atribuída uma nota. O total das cinco notas permite identificar o grau de risco. Quanto maior a nota, menor o risco<sup>19,20</sup>.

Posteriormente, outros indicadores de risco foram sugeridos e validados, entre eles a Escala de Braden, que é composta por seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cinco domínios são pontuados de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, com pontuação de 1 a 3. Cada domínio é acompanhado por uma breve descrição dos critérios que deverão ser considerados pelos avaliadores, conforme suas observações clínicas. Ao somar os escores dos 6 domínios, chega-se a um escore de risco que varia de 6 a 23, e a pontuação mais baixa indica maior risco<sup>19,20</sup>.

Apesar de o *Norton Score* estar mais voltado para avaliação do risco do idoso, ressalta-se que nenhum instrumento de avaliação é considerado o melhor ou o mais apropriado. Recomenda-se a utilização de instrumento validado e adequado à realidade de cada contexto assistencial<sup>20</sup>.

Objetivando caracterizar formas de atuar preventivamente no desenvolvimento das lesões de pressão, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* elaboraram um guia para prevenção e tratamento de lesões por pressão. Especificamente sobre os clientes idosos, as recomendações existentes nesse documento destinam-se a complementar, e não a substituir, as recomendações



preventivas gerais. Nesse sentido, destacam aspectos relacionados à avaliação e ao planejamento dos cuidados, ressaltando a avaliação do estado cognitivo, a diferenciação com outros tipos de lesões comuns nos idosos, a importância do envolvimento da família e a educação ao indivíduo/família. Sobre os cuidados com a pele envelhecida e vulnerável, lembram a proteção da pele vulnerável à pressão e ao cisalhamento, o uso de produtos e a implementação de plano de cuidados relacionado à incontinência. Quanto ao reposicionamento, chamam a atenção sobre o reposicionamento regular do idoso dependente, a redistribuição da pressão, a atenção na posição e na técnica de movimentação manual, além do reposicionamento frequente da cabeça dos idosos que estejam sedados, ventilados ou imobilizados<sup>21</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante do envelhecimento populacional crescente e de toda a reflexão apresentada, pode-se considerar que a prevenção de lesões por pressão no idoso é uma temática de vasta abrangência e, portanto, de responsabilidade de todos

os profissionais de saúde, além dos cuidadores formais e não formais.

Apesar das lesões por pressão não serem consideradas um agravo específico da pessoa idosa, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde atentem para as especificidades do idoso. Assim, alerta-se para a relevância do compartilhar conhecimentos visando à prevenção dessas lesões.

Nesse contexto, ressaltam-se as contribuições dos especialistas em Dermatologia e Gerontologia que, diante do seu olhar especializado, podem ser agentes facilitadores/ multiplicadores no sentido de: avaliar o idoso de forma conjunta visando à interdisciplinaridade e integralidade do cuidado; criar estratégias para incrementar a aplicação das escalas preditivas e respectivas medidas preventivas; realizar ações educativas com os profissionais de saúde, cuidadores de idosos formais ou não formais; responder pareceres; implementar ações preventivas; promover a interação idoso-profissional-cuidador, indispensável para auxiliar a aceitação e realização das ações recomendadas; contribuir para a realização de pesquisas em médio e longo prazo, facilitando a caracterização dos fatores de riscos específicos apresentados por essa clientela e a efetividade das ações implementadas.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Brasília: IBGE, 2002 [cited 2016 Ago 02]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
2. Ferreira JDL, Aguiar ESS, Soares MJGO, Silva MA, Oliveira SHS. Risco e prevalência de úlcera por pressão em usuários da rede básica de saúde. *Rev Enferm UFPE on line*. 2012;6(9):2045-51.
3. Telles JL, Borges APA. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe na abordagem da pessoa idosa nos serviços de atenção básica em saúde. In: Malagutti W, Bergo AMA. *Abordagem interdisciplinar do idoso*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 1-7.
4. Roach SS. *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. Brandão ES, Santana RF, Mandelbaum MH. Cuidados gerais ao idoso com vitiligo. In: Malagutti W, Bergo AMA. *Abordagem interdisciplinar do idoso*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 235-54.
5. Mandelbaum SH, Santis EPD, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. *An Bras Dermatol*. 2003;78(4):393-410.
6. Brandão ES, Mandelbaum MHS, Santos I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. *Rev Pesq Cuid Fundam (Online)*. 2012; 6(8):1965-70.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel [Internet]. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. [Internet]. 2016 [cited 2016 Ago 02]. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
8. Santos JGN, Carvalho PO, Vieira JCM. Profile of patients with pressure ulcers in the intensive care unit. *J Nurs UFPE on line*. 2012;6(2):378-85.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 9 de fevereiro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 389, de 18 de outubro de 2011. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília: COFEN; 2011.
12. Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormenta PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Cienc Saúde*. 2008;15(3):105-9.
13. Leal LS. O papel do enfermeiro e a assistência à pele íntegra do idoso. In: Malagutti W, Bergo AMA. *Abordagem interdisciplinar do idoso*. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 223-33.

14. Brandão ES, Santos JA, Santos I. Úlceras por compressão: importância da avaliação do cliente. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3 ed. São Paulo: Yendys Editora; 2011. p. 405-12.
15. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):103-12.
16. Rotta O. Propedêutica clínica. In: Rotta O. Dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmética. São Paulo: Manole; 2008. p.13-25.
17. Roach SS. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
18. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. Porto Alegre: Artmed; 2005.
19. Santos JA, Brandão ES. Clientes com úlceras por pressão: prevenção, avaliação e tratamento. In: Brandão ES, Santos I. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006. p. 257-79.
20. Blanes L, Yosbitome AY, Ferreira LM. Úlcera por pressão: utilizando instrumentos de avaliação de risco como estratégia para prevenção. Estima; 2003;1(3):37-45.
21. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). Osborne Park: Cambridge Media; 2014.

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Estima (RE), de periodicidade trimestral, é o veículo oficial de publicação da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências – SOBEST. Destina-se à publicação de artigos elaborados por enfermeiros, especialistas ou não, outros profissionais e acadêmicos da área da saúde. Com ênfase na prática clínica, gerenciamento, ensino e pesquisa, são aceitos artigos que possam contribuir para a ampliação do conhecimento e para o desenvolvimento da Estomaterapia como especialidade em todas as áreas de abrangência (estomias, feridas e incontinências, fístulas, cateteres e drenos).

## ASPECTOS ÉTICOS

- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão enviar cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhece pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/2012 ou órgão equivalente, no país de origem da pesquisa, ainda que se trate de estudo/relato ou série de casos. Nas pesquisas desenvolvidas no Brasil, o número do processo/projeto deverá constar na Seção de Material e Método do artigo.
- Todos os artigos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e dos membros do Conselho Editorial.
- Quando houver a utilização de produtos farmacêuticos, estes deverão ser citados genericamente no corpo do texto. Havendo necessidade de citar a marca, esta deverá ser efetuada no final do texto, como observação.

A Revista Estima apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

## SELEÇÃO E REVISÃO DOS MANUSCRITOS

- Os manuscritos poderão ser enviados em forma de artigo original, reflexão teórico-filosófica, revisão de literatura, artigo de atualização – incluindo temas de interesse para a estomaterapia – estudo clínico (caso) e resumos de dissertação ou tese.
- Cada manuscrito submetido à RE é inicialmente analisado pelos editores quanto ao cumprimento das normas. Em caso de não atendimento às mesmas, pode ser recusado ou devolvido para revisão.
- Quando aprovado pelos editores, o manuscrito é encaminhado à apreciação de, pelo menos, dois membros do Conselho Editorial, eleitos pelos editores, os quais dispõem de plena autoridade para decidir sobre a sua aceitação, recusa ou sugestão de alterações necessárias. Todas as comunicações e notificações serão feitas ao autor, **exclusivamente pelo sistema**, por e-mail.
- O manuscrito e a declaração de responsabilidade, cessão de direitos autorais e esclarecimento das relações que podem estabelecer conflitos de interesse deverão ser enviados para a Revista Estima exclusivamente no site [www.revistaestima.com.br](http://www.revistaestima.com.br), com link pelo site [www.sobest.org.br](http://www.sobest.org.br)
- Quando há mais de um autor, todos deverão ser identificados para a troca de correspondência, fornecendo o nome da instituição e o endereço completo (incluindo endereço eletrônico).
- Para a publicação do estudo ao menos um dos autores deverá ser assinante da Revista Estima

## APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

- Os manuscritos deverão ser inéditos. Não serão aceitos manuscritos encaminhados simultaneamente a outros periódicos ou previamente publicados. Exceções são feitas àqueles publicados/apresentados em anais de reuniões científicas (congressos, simpósios etc.) ou àqueles que os editores da RE julgarem ser de grande relevância para a estomaterapia. Nessa segunda exceção, o manuscrito somente será republicado mediante autorização escrita dos editores do periódico onde foi originalmente publicado.

## FORMA DE APRESENTAÇÃO

- Página de rosto:** deve conter título do manuscrito em português, inglês e espanhol; autores com respectivas titulações, instituição de trabalho e endereço para correspondência.
- Título:** deve estar em português, inglês e espanhol, sem abreviações, em tamanho 18. O título deve ser conciso e explicativo e representar o conteúdo do trabalho. Deve conter, no máximo, 18 palavras. Espaçamento simples. Deve haver de 3 a 6 descritores, separados por ponto devendo, também, ser apresentados em português, inglês e espanhol. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em espanhol, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e inglês. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em inglês, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e espanhol. Os descritores devem estar de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECs) ou MeSH (Medical Subject Headings) e devem ser consultados, respectivamente, nos sites <http://decs.bvs.br/> e <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. **Os editores solicitam a utilização da palavra-chave “Estomaterapia” em todos os artigos submetidos, com o objetivo de criar força de evidência para que o mesmo possa ser registrado futuramente como descritor.**

O texto do manuscrito deve ser estruturado na seguinte sequência: introdução (que deve conter justificativa), hipóteses (quando cabível), objetivos, material e método, resultados, discussão (contendo limitações e recomendações), conclusão e referências. Anexos somente serão aceitos quando necessários/indispensáveis para o estudo. Ao ser baseado em monografia, dissertação ou tese, o manuscrito deve indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada e defendida em nota de rodapé. O manuscrito deve estar paginado.

- Figuras e tabelas:** devem vir ao final do texto, estarem devidamente numeradas e terem as posições indicadas no texto. Quando houver fotografias, estas devem estar em resolução acima de 300dpi. Não serão aceitas fotos ou figuras originárias de outros estudos sem a autorização dos autores originais. As citações e referências devem ser elaboradas de acordo com as normas Vancouver ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).
- Referências bibliográficas:** deve ser utilizado o sistema Vancouver para as mesmas, e os editores solicitam que, ao menos uma delas, seja de artigo publicado na Revista Estima.
  - Artigo original:** os manuscritos de pesquisa sobre estomias, feridas e incontinências e outros temas relacionados à estomaterapia devem ter, no máximo, 15 páginas, incluindo figuras, tabelas, referências e anexos.
  - Reflexão teórico-filosófica:** artigos descritivos e interpretativos, com base em literatura recente, acerca da situação geral e de reflexão sobre temas de enfoque da revista. Devem ter, no máximo, 7 páginas.
  - Revisão de literatura (Sistemática ou Integrativa):** estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Estomaterapia, que utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e respeitando a estrutura estabelecida anteriormente para o texto. Limitado a 10 páginas.
  - Atualização:** estudos que relatam informações atuais sobre tema de interesse para a estomaterapia, por exemplo, uma nova técnica, e que tem características distintas de um artigo de revisão. Limita-se a 5 páginas.
  - Relato de caso:** Estudo/relato de caso deve estar limitado a **casos excepcionais**, que não constituam amostra significativa e que sejam de grande interesse científico, com discussões fundamentadas em pesquisas científicas. Sua extensão limita-se a 4 páginas.
  - Resumo de dissertação ou tese:** os resumos devem conter introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Limita-se a 500 palavras.

Normas revisadas em novembro de 2015.

12 a 15.NOVEMBRO.2017

**XII**  
**Congresso**  
**Brasileiro de**

**ESTOMATERAPIA**

CBE17: COMPROMISSO, CIÊNCIA E CUIDADO

Hotel Ouro Minas



Belo Horizonte, MG

 sobest.org.br

Em 2017,  
nos vemos em  
Minas Gerais!

INFORMAÇÕES:  
[sobest@tribecaeventos.com.br](mailto:sobest@tribecaeventos.com.br)  
(51) 3076.7002

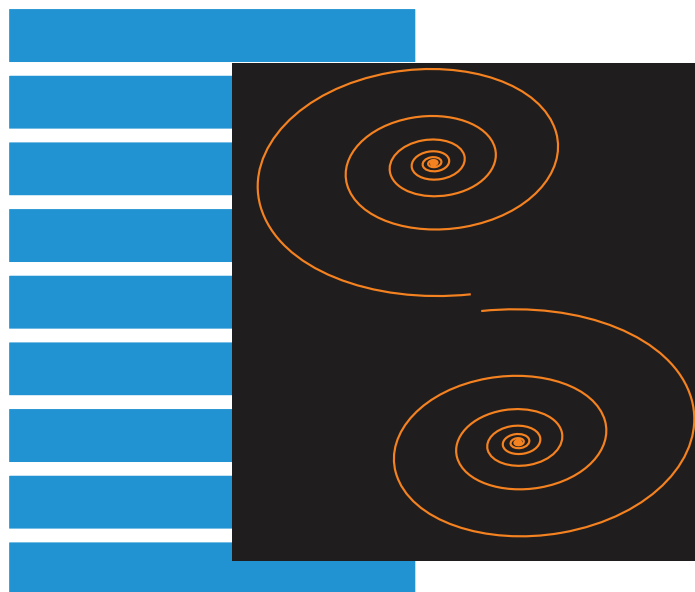


REALIZAÇÃO

 **SOBEST**  
associação brasileira de estomaterapia  
• ESTOMIAS • FERIDAS • INCONTINÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO

 **TRIBECA**  
Congressos - Feiras - Viagens - Incentivo



**SOBEST**

associação brasileira de estomaterapia

• ESTOMIAS • FERIDAS • INCONTINÊNCIAS

**PRODUÇÃO EDITORIAL**



**FILANTROPIA**

Rua Bela Cintra, 178, Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01415-000  
Zeppelini – Tel: 55 11 2978-6686 – [www.zeppelini.com.br](http://www.zeppelini.com.br)  
Instituto Filantropia – Tel: 55 11 2626-4019 – [www.institutofilantropia.org.br](http://www.institutofilantropia.org.br)



**As opções  
que você quer.**

A solução que  
você precisa.

### **Linha de Adjuvantes Adapt para estomia.**

Os estomizados confiam em você para trazer soluções que ajudem seu dia a dia.

Com décadas de experiência em estomia, a Hollister desenvolveu a ampla linha de Adjuvantes Adapt.

Assim, você pode escolher o produto correto ou a combinação de produtos que melhor atendam às necessidades dos pacientes.

Conheça o **Qualivida**  
Programa de Atendimento  
ao Estomizado

**0800 778 1000**

Ligação Gratuita  
Segunda a sexta, das 8h às 17h  
qualidade@hollister.com.br

Estomia Hollister. **Os Detalhes Importam.**



**Hollister**

[www.hollister.com/brazil](http://www.hollister.com/brazil)

