

ESTIMA

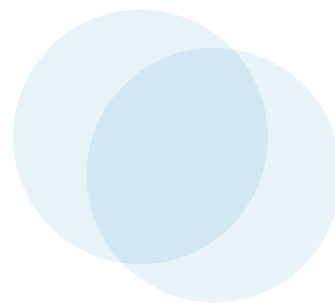


Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia:
estomias, feridas e incontinências

Brazilian Journal of Enterostomal Therapy

ESTIMA

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



EDITORES: Maria Angela Boccara de Paula, Gisele Regina Azevedo e Juliano Teixeira Moraes

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

Edições
anteriores:



Vol 14 Edição 3
(jul/ago/set 2016)



Vol 14 Edição 4
(out/nov/dez 2016)

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 15 • Num 1 • 2017

2 EDITORIAL

Juliano Teixeira Moraes

ARTIGO ORIGINAL

3 Facilidades e Dificuldades à Autonomia Profissional de Enfermeiros no Cuidado de Pessoas com Feridas: Estudo de Representações Sociais

Facilities and Difficulties to the Professional Autonomy of Nurses Caring for People with Wounds: a Study of Social Representations

Facilidades y Dificultades de la Autonomía Profesional de los Enfermeros en Personas con Heridas: un Estudio de Representaciones Sociales

Érick Igor dos Santos, Jéssica Grativol Aguiar Dias de Oliveira, Raquel de Souza Ramos, Aline Cerqueira Santos Santana da Silva, Luísa dos Santos Belém, Aline Lima da Silva

10 Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden

Analysis of Preventive Actions of Pressure Ulcers through the Braden Scale

Análisis de las Acciones de Prevención de las Úlceras por Presión a través de la Escala de Braden

Belarmino Santos de Sousa Júnior, Cintia de Carvalho Silva, Fernando Hiago da Silva Duarte, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Daniele Vieira Dantas

19 Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem

Care of Skin Injuries: Nursing Actions

Cuidado con Lesiones de la Piel: Acciones de la Enfermería

Barbara Franco Mittag, Tereza Cristina Caron Krause, Hellen Roehrs, Marineli Joaquim Meier, Mitzy Tannia Reichembach Danski

26 Trauma Mamilar: Cuidados Adotados por Mulheres no Pós-parto

Nipple Trauma: Postpartum Care Adopted by Women

Lesiones en el Pezón: Cuidados Adoptados por Mujeres en el Posparto

Maristela Belletti Mutt Urasaki, Camila Inocencio Teixeira, Marina Possato Cervellini

35 Avaliação da Atividade Cicatricial do Aloe vera em Feridas em Dorso de Ratos

Cicatricial Activity Evaluation of Aloe vera on Wounds in Rats

Cicatricial Actividad Evaluación de Aloe vera en Heridas en Ratas

Patrícia Lima Mercês, Lilhian Alves de Araújo, Ana Carolina Vicente Araújo, Maísa Helena de Abreu Silva Santos, Susy Ricardo Lemes, Paulo Roberto de Melo-Reis

ARTIGO DE REVISÃO

43 Aspectos Emocionais do Indivíduo no Enfrentamento da Condição de Estomizado

Emotional Aspects of the Subject on Confronting the Ostomized Condition

Aspectos Emocionales del Sujeto en el Enfrentamiento de la Condición de Estomizado

Rômulo Mágnus de Castro Sena, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, Welyton Paraíba da Silva Sousa, Maria Aurelina Machado de Oliveira, Eulália Maria Chaves Maia

RELATO DE CASO

50 Exenteração Pélvica: Relato de Caso

Pelvic Exenteration: a case Study

Exenteración Pélvica: Reporte de un Caso

Alexandra Isabel de Amorim Lino, Cristine Aves Costa de Jesus

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

57 Autocuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus: Contribuição ao Cuidado Clínico de Enfermagem para a Prevenção do Pé Diabético

Self-care of Persons with Diabetes Mellitus: Contribution to the Clinical Nursing Care for the Prevention of Diabetic Foot

Auto Cuidado de la Persona con Diabetes Mellitus: Contribución al Cuidado Clínico de Enfermería para la Prevención del Pie Diabético

Luciana Catunda Gomes de Menezes, Maria Vilani Cavalcante Guedes

ARTIGO DE REFLEXÃO

58 Conhecimento de Mulheres Incontinentes sobre Incontinência Urinária: uma Reflexão Teórico-Crítica

Knowledge of Incontinent Women about Urinary Incontinence: a Theoretical and Critical Reflection

Conocimientos de las Mujeres Incontinentes acerca de la Incontinencia Urinaria: una Reflexión Teórica y Crítica

Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício, Maria Helena Barros Araújo Luz, Nirvânia do Vale Carvalho, Bianca Anne Mendes de Brito, Jose Lucas Silveira Ferreira

II INSTRUÇÕES AOS AUTORES



Caro leitor,

Iniciamos 2017 com esperança e compromisso! Esperança de um ano melhor e compromisso assumido com a vida, a saúde e a profissão como propósitos norteadores de nosso trabalho.

Nesse sentido, assumo a editoração desta Revista com Maria Ângela e Gisele, companheiras pelas quais tenho muito carinho e respeito pelo belo trabalho que fazem em prol da estomaterapia brasileira. Trago na bagagem o entusiasmo e o desejo de aprender e contribuir para que a Revista seja cada vez mais conhecida no Brasil e no mundo.

Nesta edição, apresentamos o artigo original “Facilidades e dificuldades à autonomia profissional de enfermeiros no cuidado de pessoas com feridas: estudo de representações sociais”, que descreve como os enfermeiros percebem fatores dificultadores para o exercício da autonomia profissional e possibilidades de superação, a partir de alterações realizáveis no contexto institucional.

Já o estudo intitulado “Análise das ações preventivas de úlceras por pressão por meio da Escala de Braden” aponta as medidas preventivas adotadas pela equipe de enfermagem no que diz respeito à lesão por pressão em pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital da rede privada no estado de Pernambuco.

No artigo “Cuidados com lesão de pele: ações da enfermagem”, os autores identificam as atividades de enfermagem relacionadas a lesões de pele (prevenção e tratamento) em um hospital de ensino, no estado do Paraná.

Ainda sobre feridas, os artigos trazem contribuições acerca de “Trauma mamilar: cuidados adotados por mulheres no pós-parto” e “Avaliação da atividade cicatricial do *Aloe vera* em feridas em dorso de ratos”. No primeiro, as autoras descrevem os cuidados adotados por mulheres que tiveram trauma mamilar durante o pós-parto, falando, assim, de um campo ainda pouco explorado pelo estomaterapeuta. Por sua vez, o segundo descreve um estudo experimental que avalia a influência da *Aloe vera* na atividade cicatricial, concluindo que a planta tem potencial de aplicabilidade farmacêutica para o tratamento de feridas.

Nesta edição podemos conhecer também os “Aspectos emocionais do indivíduo no enfrentamento da condição de estomizado”, descritos por meio de um artigo de revisão integrativa de literatura, e o relato de caso sobre exenteração pélvica.

Para finalizar, é apresentado o resumo da dissertação *Autocuidado da pessoa com diabetes mellitus: contribuição ao cuidado clínico de enfermagem para a prevenção do pé diabético*, em que a autora conclui que a intervenção educativa contribui para o aumento do conhecimento e da aquisição de comportamento positivo para o autocuidado das pessoas com diabetes mellitus e com o pé em risco. Tem-se ainda uma reflexão teórica, oriunda da dissertação *Conhecimento de mulheres incontinentes sobre incontinência urinária: uma reflexão teórico-crítica*.

Lembro que 2017 é ano do Congresso Brasileiro de Estomaterapia (CBE) e será um prazer poder receber a estomaterapia brasileira em terras mineiras!

Comemoraremos ainda os 25 anos da Sobest!

Assim, só nos resta convidá-los a uma proveitosa leitura!

Grande abraço,

Juliano Teixeira Moraes
Editor

Facilidades e Dificuldades à Autonomia Profissional de Enfermeiros no Cuidado de Pessoas com Feridas: Estudo de Representações Sociais

Facilities and Difficulties to the Professional Autonomy of Nurses Caring for People with Wounds: a Study of Social Representations

Facilidades y Dificultades de la Autonomía Profesional de los Enfermeros en Personas con Heridas: un Estudio de Representaciones Sociales

Érick Igor dos Santos¹, Jéssica Grativol Aguiar Dias de Oliveira¹, Raquel de Souza Ramos², Aline Cerqueira Santos Santana da Silva¹, Luísa dos Santos Belém¹, Aline Lima da Silva¹

RESUMO

A autonomia profissional pressupõe independências moral e intelectual para usufruir da capacidade de governar-se pelos próprios meios e tomar decisões livremente. Esta pesquisa teve por objetivo analisar as representações sociais elaboradas por enfermeiros sobre as dificuldades para estabelecer uma autonomia profissional no cuidado às pessoas com feridas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, delineada a partir da teoria de representações sociais em sua abordagem processual, realizada com 31 enfermeiros que desempenhavam suas funções em um hospital público municipal do estado do Rio de Janeiro. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo temática, instrumentalizada pelo *software* Nvivo 10. No pensamento social dos enfermeiros, se a ausência da comissão de curativos, a indisponibilidade de produtos variados para coberturas, o cerceamento da liberdade de atuação pela instituição e a ausência de protocolos prejudicam a plenitude da autonomia profissional, este quadro pode ser revertido pelo estabelecimento da comissão de curativos, fornecimento de coberturas para eles, provimento da liberdade de atuação hospitalar e desenvolvimento de protocolos institucionais. Os enfermeiros percebem fatores que podem dificultar o exercício da autonomia profissional, mas que podem ser solucionados, dependendo das modificações realizáveis no contexto institucional. Conclui-se haver dualidade da instituição na representação social dos sujeitos, que a abordam ora como facilitadora da autonomia profissional, ora enquanto sua inibidora, baseando-se no contexto laboral que promovem aos enfermeiros em suas atividades junto a pessoas com lesões de pele.

DESCRITORES: Autonomia profissional. Enfermagem. Psicologia social.

ABSTRACT

Professional autonomy assumes moral and intellectual independences to take advantage of the ability to govern themselves by their own means and to make decisions freely. This research aimed at analyzing social representations made by nurses on the facilities and difficulties in establishing professional autonomy in the care of people with wounds. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, which was outlined based on the theory of social representations in its procedural approach, carried out with 31 nurses who performed their duties in a municipal public hospital in the state of Rio de Janeiro, Brazil. The interviews were transcribed and submitted to a thematic content analysis that was conducted through the *Nvivo 10* software. In the social thinking of nurses, if the absence of a curative

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Endereço para correspondência: Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras (UFF-PURO) – Rua Recife, s/n – Jardim Bela Vista – CEP: 28890-000 – Rio das Ostras (RJ), Brasil – E-mail: eigoruff@gmail.com

²Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo recebido em: 23/09/2015 – Aceito para publicação em: 28/10/2015

commission, the unavailability of various dressing products, the restriction of freedom of action by the institution, and the absence of protocols hinder the professional autonomy fullness, this situation can be reversed by the establishment of a dressing commission, providing bandages for dressings, provision of freedom for hospital operations, and development of institutional protocols. Nurses perceive factors that may difficult the exercise of professional autonomy, but which could be solved, depending on achievable changes in the institutional context. In conclusion, there is institutional duality in the subjects' social representations, which sometimes addresses it as a facilitator of professional autonomy while inhibiting it, depending on the work context that promotes to nurses in their activities with patients showing a skin lesion.

DESCRIPTORS: Professional autonomy. Nursing. Psychology, Social.

RESUMEN

La autonomía profesional presupone las independencias moral e intelectual para beneficiarse de la capacidad de gobernarse a sí mismos, por sus propios medios, y tomar decisiones libremente. Esta investigación tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales realizadas por enfermeros sobre las dificultades en el establecimiento de una autonomía profesional en el cuidado de personas con heridas. Es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, usando la teoría de las representaciones sociales en su enfoque de procedimiento, realizada con 31 enfermeros que trabajaban en un hospital público municipal en el estado de Río de Janeiro, Brasil. Las entrevistas fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido temático, instrumentalizado mediante el *software NVivo 10*. En el pensamiento social de los enfermeros, si la ausencia de la comisión de los curativos, la falta de diversos productos para coberturas, la restricción de la libertad de acción de la institución y la ausencia de protocolos impiden la plenitud de autonomía profesional, esta situación puede revertirse mediante el suministro de curativos, las coberturas para curativos, la libertad de desempeño de hospitales y el desarrollo de protocolos institucionales. Los enfermeros perciben factores que pueden obstaculizar el ejercicio de la autonomía profesional, pero que pueden resolverse, dependiendo de los cambios realizables en el contexto institucional. En conclusión, existe una dualidad de la institución en la representación social de los sujetos, que la aborda a veces como facilitadora de la autonomía profesional, o como la suya inhibidora, según el contexto de trabajo que promuevan los enfermeros en sus actividades con personas con lesiones en la piel.

DESCRIPTORES: Autonomía profesional. Enfermería. Psicología social.

INTRODUÇÃO

As feridas podem ser denominadas alterações da integridade anatômica da pele, resultantes de eventos traumáticos, vasculares, infecciosos ou neoplásicos. O tratamento delas envolve aspectos sistêmicos e locais, que devem ser, preferencialmente, desenvolvidos pela equipe multiprofissional.

Apesar disto, o tratamento e a prevenção de feridas, frequentemente, estão sob a responsabilidade do enfermeiro, sendo de sua competência a avaliação e a prescrição das melhores coberturas para o tratamento da lesão. A este profissional cabe executar, orientar ou supervisionar a equipe de Enfermagem na execução do curativo. O cuidado com feridas requer conhecimento específico, habilidade e autonomia.

Entende-se por expressão da autonomia profissional do enfermeiro quando este, dotado de independências moral e intelectual, usufrui da capacidade de governar-se pelos próprios meios e toma decisões livremente, estabelecendo sua prática individual ou coletiva. A autonomia profissional

pressupõe competência e liberdade para se proceder às escolhas conscientes, dentre as opções possíveis^{1,2}.

A autonomia profissional do enfermeiro no tratamento de feridas tem sido, ao longo do tempo e da evolução da Enfermagem, um tema importante à compreensão, tanto pela premência da definição de soluções aos seus desafios quanto pela necessidade de investigar a forma com a qual os enfermeiros se relacionam entre si, com a equipe de saúde e com a sociedade em geral, o que fornece a aproximação necessária para a formação de representações sociais da Enfermagem, do enfermeiro, de seu papel social e da sua autonomia profissional pelos mais diversos grupos sociais¹⁻³.

As representações sociais são uma forma de conhecimento, que é socialmente elaborada e compartilhada, tendo visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Também pode-se afirmar que representar é atribuir conhecimentos de caráter coletivo a alguma coisa ou alguém. A representação é constituída por um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes a propósito de um dado objeto social. A teoria

das representações sociais é abrangente e permite o entendimento das dimensões da realidade, além de buscar estudar diferentes espécies de atitudes humanas⁴.

A relevância deste estudo reside na assertiva de que esta teoria pode ser utilizada a fim de entender o processo de formação dos conhecimentos sobre uma dada profissão; seus aspectos técnicos e limites de atuação; como esta consegue estruturar-se histórica e socioculturalmente, bem como é resignificada por um determinado grupo social, considerando as dificuldades, os dilemas e os desafios atuais enfrentados pela profissão para sua afirmação.

OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo analisar as representações sociais elaboradas por enfermeiros sobre as facilidades e as dificuldades para estabelecer a autonomia profissional no cuidado às pessoas com feridas.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com 31 enfermeiros que trabalhavam em um hospital municipal da região dos Lagos do estado do Rio de Janeiro, entre janeiro e março de 2015. É importante destacar que o cenário em questão, por diversos fatores políticos e econômicos, apresentava dificuldades na manutenção da comissão de curativos efetivamente funcional e operante.

Adotou-se o referencial teórico-metodológico das representações sociais em sua abordagem processual, a qual preocupa-se, centralmente, com a construção da representação, seus processos de elaboração e os aspectos que a constituem, tais como crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos⁵.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros que desenvolviam suas atividades laborais no cenário do estudo por, no mínimo, seis meses e que aceitaram gratuitamente e conscientemente participar desta pesquisa. Os critérios de exclusão estabelecidos foram enfermeiros em afastamento, férias, licença-maternidade ou que não tiveram disponibilidade de tempo para participar da pesquisa, mesmo após sucessivas tentativas do agendamento de entrevista.

Mediante a amostragem por conveniência, houve a tentativa de alcance de 100% dos enfermeiros, no universo

amostral de 50 profissionais, para averiguação de quais se encaixavam nos critérios de inclusão. Deles, apenas 31 profissionais se encaixaram nos critérios supracitados, sendo este um número aceitável para trabalhos em representações sociais na perspectiva da abordagem processual⁶.

Buscou-se atender à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto ao qual esta pesquisa está vinculada obteve aprovação sob o parecer 924.334. A participação dos sujeitos foi facultativa, sendo convidados por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, que demandou a sua assinatura.

As técnicas escolhidas para a coleta de dados foram o questionário, contendo dados sociodemográficos para conhecer o perfil dos enfermeiros, além da entrevista semiestruturada em profundidade.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática, que propõe categorização sistemática do discurso dos entrevistados, possibilitando a classificação e a quantificação⁷. O *software* utilizado para a análise de dados das entrevistas foi o *QSR Nvivo 10*, que se propõe a reunir, organizar e sistematizar conteúdos de entrevistas, discussões em grupo, artigos científicos, áudios e vídeos, sem requerer preparo prévio do *corpus* de análise⁸. A análise do questionário sociodemográfico foi realizada por meio de porcentagem.

RESULTADOS

Os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo feminino (90%); pertencentes à faixa etária de 25 a 34 anos (39%) e 35 a 44 anos (39%); de religião católica (52%); com companheiro (68%); pós-graduados *lato sensu* (94%); com ≤ 5 anos de atuação institucional (65%); com ≤ 5 anos de atuação profissional como enfermeiro (38%); com renda pessoal ≤ 6 salários-mínimos (42%); apenas um emprego (64%); carga horária semanal de 24 horas (84%); com nenhuma formação fora da área de Enfermagem (81%); função de enfermeiro assistencial (68%) e acesso a informações científicas (100%). Dos 31 profissionais, 58% relataram ter autonomia profissional.

O resultado da análise instrumentalizada pelo *Nvivo 10* obteve 573 unidades de registro, distribuídas em quatro categorias, as quais representam 100% do *corpus* investigado. Neste estudo, será aprofundada a categoria número dois,

que apresenta 151 unidades de registro e 72 temas, denominada “Facilidades e dificuldades para estabelecer autonomia profissional”.

Os recortes de discurso dos sujeitos que melhor ilustram esta categoria serão apresentados, seguidos do número atribuído a cada enfermeiro participante da pesquisa e do seu gênero declarado no questionário de caracterização sociodemográfica.

A valorização da comissão de curativos é uma das temáticas destacadas dentro desta classe, na qual os enfermeiros expressaram a importância de suas atividades voltadas para educação permanente e constante atualização no cuidado à pessoas com feridas, sendo, desta maneira, um fator facilitador à autonomia profissional. Isto ficou caracterizado nos recortes discursivos a seguir.

Enfermeira 1 – Para mim, é excelente ter pessoas mais especializadas para avaliar, sempre atualizadas, porque às vezes nós não conseguimos ter essa atualização sempre. É sempre bom ter essa comissão para nos manter atualizados.

Enfermeira 4 – Pois, com a comissão de curativos, temos mais capacitação. Eles podem sempre se atualizar, passar para os enfermeiros que estão atuando. Isso pode até encurtar o tempo de fechamento de uma ferida.

Enfermeira 26 – A comissão de curativos oferece suporte para que nós estejamos bem informados, bem atualizados e para que tenhamos maior qualidade de assistência.

Os participantes, portanto, posicionam-se favoravelmente à presença da comissão de curativos, o que evidencia uma dimensão atitudinal positiva da representação. Há valorização da comissão de curativos como um fator facilitador à autonomia e, nesta perspectiva, os enfermeiros atribuem a sua autonomia profissional, no cuidado às pessoas acometidas por feridas, ao nível de conhecimento e capacitação proporcionados tal atividade.

Os informantes evidenciaram as influências que a instituição pode exercer sobre o seu trabalho e o de sua equipe.

Enfermeira 4 – As dificuldades são as instituições. Muitas das vezes, nós vamos contra o que a administração quer, porque temos autonomia. O Coren [Conselho Regional de Enfermagem] nos dá autonomia para exercer nossas funções, mas às vezes a administração do hospital diz que isso não é serviço da Enfermagem.

Enfermeira 18 – Temos que ter uma instituição que nos permita ter autonomia, porque muita gente detém o conhecimento, mas não tem autonomia nenhuma, porque a própria instituição não permite isso.

Enfermeiro 30 – [...] também depende do que o hospital tem a oferecer, porque não adianta conhecermos o suprassumo das coberturas e o hospital só te oferece AGE [ácidos graxos essenciais] e desbridantes enzimáticos. Então não adianta nada, só nos resta utilizá-las de modo adequado e satisfatório.

Percebe-se uma dualidade na organização do pensamento social dos sujeitos. A instituição, quando é permeável ao livre exercício profissional e fornece recursos materiais aos enfermeiros, no cuidado às pessoas com feridas, favorece a sua autonomia profissional; caso contrário, a desfavorece. A partir do que foi exposto pelos enfermeiros, percebe-se que os participantes questionam sua própria autonomia profissional quando a instituição restringe sua atuação, contradizendo a estrutura ético-legal, oriunda do conselho da profissão sobre uma determinada conduta no tocante ao cuidado no tratamento e à prevenção de feridas. Desse modo, a instituição pode interferir, de acordo com os sujeitos, positiva ou negativamente, na qualidade da assistência prestada.

Os enfermeiros acreditam ser um fator dificultador à sua autonomia profissional a falta de um protocolo que guie, dentro da instituição, as práticas do enfermeiro quanto ao cuidado às pessoas com feridas, como pode ser averiguado nos seguintes recortes de discurso a seguir:

Enfermeira 20 – Quando vira rotina, ninguém vai modificar aquilo que nós já escrevemos e o hospital já estabeleceu como protocolo.

Enfermeiro 27 – Falta um protocolo, falta um procedimento operacional padrão. Isso dificulta o nosso trabalho porque a partir do momento em que temos um protocolo, todos seguem e respeitam. Então, às vezes, é preciso que a instituição padronize os curativos e então todos nós teríamos mais autonomia quanto a isso.

Entre os conteúdos representacionais dos participantes, a falta de um documento que sirva de norteador à indicação de coberturas é um fator que dificulta o estabelecimento da autonomia profissional, pois as suas ações sem este recurso ficam sujeitas à interferência de outros profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

Para os entrevistados, um fator facilitador à sua autonomia profissional, frente ao cuidado de pessoas com feridas, é a implementação de uma comissão de curativos. Esta é importante, pois é formada por profissionais mais capacitados e especializados que promovem a atualização dos enfermeiros que atuam nas clínicas. Desse modo, a comissão de curativos contribui, indiretamente, para uma maior especialização do cuidado, fornecendo apoio técnico e conhecimento científico, o que atribui qualidade à assistência. É necessário conhecer para cuidar melhor e cuidar para confrontar. Assim, conhecimento, poder e autonomia se tencionam para libertar o fazer humano das amarras que o impedem de concretizar ações possíveis, sendo o saber essencial ao desenvolvimento de uma atenção de qualidade na assistência de Enfermagem⁹.

A elaboração de uma comissão de curativo como plataforma de trabalho tem por objetivo a prevenção, o tratamento e o controle das taxas das lesões de pele no ambiente hospitalar. Tais ferimentos tornam-se um transtorno para os pacientes internados e seus familiares e demandam horas mais longas de cuidado para a equipe de Enfermagem, retardando, em alguns casos, o tempo de hospitalização, o que eleva os custos hospitalares¹⁰. A comissão de curativos torna-se responsável pela elaboração de regimentos, protocolos, instrumentos para acompanhamento das feridas, capacitação profissional dos enfermeiros para a aplicação destes instrumentos e monitoramento das medidas adotadas.

Um aspecto que afeta negativamente o estabelecimento da autonomia profissional do enfermeiro é a interferência direta de outros profissionais, principalmente médicos, na prescrição dos produtos de uso tópico no manejo das lesões de pele. Sendo assim, essa interferência não construtiva pode ser contornada por meio da implantação de protocolos. A relação entre enfermeiros e médicos possui um contexto histórico na formação de atribuições e competências de cada profissão¹¹. Uma pesquisa com estudantes de Enfermagem demonstrou a visão de centralização no saber médico como um obstáculo à formação e ao trabalho profissional de Enfermagem¹².

Em um estudo que buscou a legislação brasileira específica sobre a autonomia do enfermeiro no cuidado às feridas, notou-se um déficit de normas por parte dos conselhos regionais de Enfermagem⁶. Esse dado sustenta a necessidade do uso de protocolos institucionais pelos enfermeiros

no cuidado de pessoas com feridas. Para este profissional prestar uma assistência mais autônoma, é preciso objetivar, aperfeiçoar e padronizar os procedimentos de prevenção e tratamento de feridas. Isso deve ser realizado perante protocolos técnicos que garantam respaldos legal, técnico e científico ao profissional, a fim de aprimorar a assistência ao portador de feridas⁶.

Outro fator interveniente para a autonomia do enfermeiro, de acordo com os participantes, é a própria dinâmica institucional na qual eles trabalham, que pode ser cerceadora. Para eles, frequentemente, o hospital restringe atribuições que competem ao enfermeiro diante de um determinado procedimento, apesar de sua autonomia ser garantida pela Lei 7.498/86. Outra consideração a respeito da instituição, porém relacionada diretamente ao cuidado de feridas, é sobre a disponibilidade de materiais e coberturas necessários para o cuidado. A restrição de coberturas é apontada como um fator dificultador para o exercício pleno da autonomia. Tais dados são corroborados por outra pesquisa conduzida, que demonstrou, por meio dos depoimentos de membros da equipe de Enfermagem, fatores que interferem no desempenho profissional, como a falta de recursos materiais¹³.

Neste estudo, as representações elaboradas por enfermeiros reúnem conteúdos que favorecem ou desfavorecem o estabelecimento de autonomia profissional, numa relação de balanço e contrabalanço. Portanto, os enfermeiros percebem fatores que podem dificultar o exercício da autonomia, mas que podem ser solucionados, a depender de modificações realizáveis no contexto institucional. Logo, no pensamento social dos enfermeiros, se a ausência da comissão de curativos, a indisponibilidade de produtos variados para coberturas, o cerceamento da liberdade de atuação pela instituição e a ausência de protocolos prejudicam a plenitude da autonomia profissional, este quadro pode ser revertido pelo estabelecimento da comissão de curativos, fornecimento de coberturas para o curativo, provimento de liberdade de atuação hospitalar e desenvolvimento de protocolos institucionais (Figura 1).

Esta pesquisa possui fragilidades, como ter sido desenvolvida em um único cenário, com um número restrito de sujeitos e em um período específico. Contudo, sua principal potencialidade é promover reflexões quanto às políticas institucionais voltadas ao trabalho do enfermeiro, as quais podem subsidiar propostas de mudanças no processo de trabalho dos enfermeiros no cuidado às pessoas com feridas¹⁴.

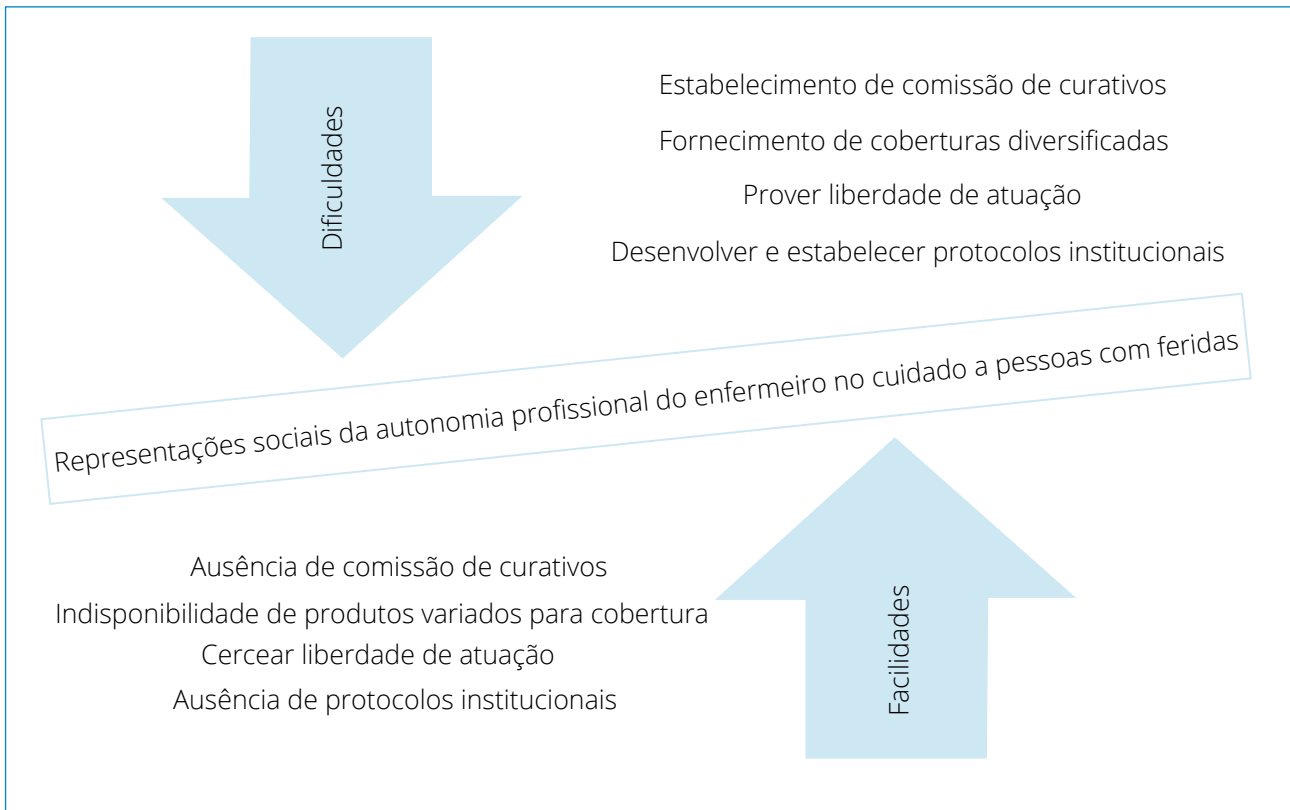


Figura 1. Ilustração da dualidade do papel institucional nas representações sociais da autonomia profissional elaboradas por enfermeiros. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as representações elencadas nesta pesquisa podem nortear ações das instituições de saúde que viabilizem o fortalecimento de autonomia profissional do enfermeiro, sob a égide ético-legal da Enfermagem, na esfera dos conselhos regionais e federal, bem como na legislação vigente.

Ressalta-se que as medidas, as quais, para os sujeitos, potencializam sua autonomia profissional, caso aplicadas, além de serem de baixo custo, contribuem não somente para um maior grau de satisfação profissional, mas para a retenção do mesmo na instituição, redução dos custos hospitalares, maior grau de segurança do paciente e potencialização da qualidade da assistência prestada.

Os dados obtidos apontam para uma dualidade da instituição no pensamento social dos sujeitos, ora como facilitadora da autonomia profissional, quando fornece os requisitos básicos para o seu estabelecimento, ora enquanto

sua inibidora, ao fornecer um contexto insatisfatório para os enfermeiros em suas atividades laborais junto a pessoas com lesões de pele.

Este estudo teve seu objetivo alcançado, e ficaram evidenciadas a usabilidade, a adequação e a pertinência da teoria das representações sociais aos estudos desta natureza.

Quanto às lacunas do conhecimento, ficou evidenciada a necessidade da realização de pesquisas que abordem o objeto 'autonomia profissional do enfermeiro' na prevenção e no tratamento de feridas, sob múltiplos e diversificados olhares teóricos e metodológicos. No caso dos estudos de representações sociais, é possível, por exemplo, replicar esta pesquisa em outras instituições de saúde para reiterar ou refutar os dados obtidos, sendo possível ampliá-la aos dirigentes das unidades de saúde para identificar possíveis obstáculos psicossociais, econômicos ou culturais que se coloquem como empecilhos à autonomia profissional do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

1. Bueno FM, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enfermagem*. 2006;59(2):222-7.
2. Berti HW, Braga EM, Godoy IW, Spiri C, Bocchi SC. Percepção de enfermeiros recém-graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(2):184-91.
3. Ferreira AM, Bogamil DD, Tormenta PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Cienc Saúde*. 2008;15(3):105-9.
4. Gomes AMT, Oliveira DC. O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):352-8.
5. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad Pesq*. 2002;117(127):127-47.
6. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
7. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(4):569-76.
8. Taddeo OS, Gomes KW, Caprara A, Gomes AM, Oliveira GC, Moreira TM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2923-30.
9. Pires MR. Politicidade do cuidado e processos de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(5):729-36.
10. Madeira FM, De Souza CJ. Elaboração do protocolo em assistência de enfermagem ao paciente portador de lesões de pele. *Rev Enf Profissional*. 2014;1(2):511-20.
11. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enfermagem*. 2009;62(5):739-44.
12. Ribeiro AA, Borenstein MS. A percepção dos formandos a respeito dos instrumentos básicos de enfermagem e sua aplicabilidade. *Rev Bras Enfermagem*. 2005;58(6):653-8.
13. Beserra FM, Souza AM, Moreira DA, Alves MD, Alencar BP. Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital. *Rev Enfermagem*. 2010;28(2):31-9.
14. Santos ÉI. Cuidado e prevenção das skin tears por enfermeiros: revisão integrativa de literatura. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2014;35(2):142-9.

Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden

Analysis of Preventive Actions of Pressure Ulcers through the Braden Scale

Análisis de las Acciones de Prevención de las Úlceras por Presión a través de la Escala de Braden

Belarmino Santos de Sousa Júnior¹, Cintia de Carvalho Silva², Fernando Hiago da Silva Duarte³, Ana Elza Oliveira de Mendonça⁴, Daniele Vieira Dantas⁵

RESUMO

Objetivo: Analisar as medidas preventivas para o desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da rede privada no município de Caruaru, no estado de Pernambuco, adotadas pela equipe de Enfermagem a partir dos escores da Escala de Braden. Métodos: Estudo descritivo, com abordagem quantitativa; a população constituiu-se de pacientes acamados, de ambos os sexos, com escore ≤ 16 na Escala de Braden. Para a coleta de dados, utilizaram-se um instrumento estruturado e uma análise dos prontuários, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Participaram do estudo 20 pacientes. Identificaram-se deficiências na Sistematização da Assistência de Enfermagem, bem como na aplicabilidade de medidas preventivas, o que revelou o surgimento de úlceras por pressão em 95% dos pesquisados. Conclusão: Observou-se um déficit de ações da Enfermagem voltadas à prevenção de úlceras por pressão, evidenciadas na relação causal entre as variáveis e, conseqüentemente, no surgimento das úlceras, contribuindo, assim, para demonstrar a importância da adoção de medidas preventivas por meio da Escala de Braden e da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

DESCRIPTORIOS: Unidade de Terapia Intensiva. Úlcera por pressão. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the preventive measures for the development of pressure ulcers in patients admitted at an Intensive Care Unit of a private hospital from Caruaru, Pernambuco, Brazil, which were adopted by the Nursing team based on Braden Scale scores. Methods: This is a descriptive study, with a quantitative approach; the population consisted of bedridden patients, of both sexes, and a score ≤ 16 on Braden Scale. For data collection, we used a structured instrument and an analysis of medical records, after approval by the Research Ethics Committee. Results: The study included 20 patients. Deficiencies were identified in the Systematization of Nursing Assistance, as well as on the applicability of preventive measures, which showed the appearance of pressure ulcers in 95% of the respondents. Conclusion: There was a lack of Nursing actions aimed at preventing pressure ulcers, which were highlighted in the causal relation between the variables and, consequently, in the appearance of ulcers, thus helping to demonstrate the importance of adopting preventive measures through Braden Scale and Systematization of Nursing Assistance.

DESCRIPTORS: Intensive Care Units. Pressure ulcer. Nursing care.

Trabalho realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado - Caruaru (PE), Brasil.

¹Discente em Enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP) - Natal (RN), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Barão de Lucena, 62, torre 2, apto. 1.703 - CEP: 59066-285 - Natal (RN), Brasil - E-mail: sousajunior@gmail.com

²Mestre em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professora do curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES - Caruaru (PE), Brasil.

³Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia (FAMEC). Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.

⁴Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade São Camilo do Rio de Janeiro (FELM) e em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN - Natal (RN), Brasil.

⁵Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFRN - Natal (RN), Brasil.

Fonte de financiamento: O primeiro autor é bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Artigo recebido em: 17/09/2015 - Aceito para publicação em: 11/12/2015

RESUMEN

Objetivo: Analizar las medidas de prevención para el desarrollo de las úlceras por presión en pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos, en un hospital de la red privada de Caruaru, Pernambuco, Brasil, adoptadas por el equipo de Enfermería desde las puntuaciones de la Escala de Braden. Métodos: Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo; la población estuvo conformada por pacientes postrados en cama, de ambos sexos, y con una puntuación ≤ 16 en la Escala de Braden. Para la recolección de datos, fueron utilizados un instrumento estructurado y el análisis de la historia clínica, tras su aprobación por el Comité de Ética de la Investigación. Resultados: Se incluyeron 20 pacientes. Fueron identificadas deficiencias en la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, y en la aplicabilidad de las medidas preventivas, lo que muestran la aparición de úlceras por presión en un 95% de los encuestados. Conclusión: Se observó un déficit de acciones de la Enfermería dirigidas a la prevención de úlceras por presión, evidenciadas en la relación de causalidad entre las variables y, en consecuencia, la aparición de úlceras, lo que ayuda a demostrar la importancia de adoptar medidas preventivas a través de la Escala de Braden y SAE.

DESCRIPTORES: Unidades de Cuidados Intensivos. Úlcera por presión. Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

O surgimento de úlceras por pressão (UP) se mantém elevado, apesar dos avanços tecnológico e científico na área de saúde. De acordo com um estudo brasileiro, a sua incidência varia de 23,1 a 59,5%, principalmente em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)¹. Neste cenário típico para o surgimento de lesões, as UP se constituem em um dos principais problemas de pele que acometem pacientes críticos durante internações hospitalares².

Nesse sentido, o surgimento de UP durante a internação hospitalar implica em um indicador relevante da qualidade prestada, como consta na Portaria MS/GM 529/2013, que é o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este tem como principal objetivo monitorar a incidência de UP, além de outros programas que visem minimizar esses e outros agravos³.

O desenvolvimento da UP ocorre quando a área afetada sofre morte celular, portanto o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície rígida durante um período prolongado⁴. Pesquisadores na área afirmam que, atualmente, existem vários termos para defini-la: escara, úlcera de decúbito, úlcera de compressão ou ferida de pressão. No entanto, o termo “úlcera por pressão” é o que se encontra mais apropriado, na medida em que se constata ser a pressão exercida sobre os tecidos e as proeminências ósseas, em relação ao leito, o fator etiológico mais importante para essas lesões⁵.

A etiologia para o surgimento das UP acontece a partir de dois determinantes etiológicos críticos, como a intensidade e

a duração da pressão, agregados à tolerância dos tecidos para suportarem determinada pressão, principalmente em proeminências ósseas⁶. Tais lesões estão relacionadas a diversos fatores. No que concerne aos intrínsecos ao paciente, podem-se destacar a idade, o estado nutricional, a imobilidade, as anemias, as infecções, a sensibilidade cutânea e as incontínências. Referindo-se aos fatores extrínsecos, decorrentes do ambiente, os mais importantes são: higiene deficiente, umidade, cisalhamento do lençol, ausência de mudança de decúbito, uso de instrumentos ortopédicos, sondas fixadas de forma inadequada, uso incorreto de agentes físicos/químicos, tipos de colchões e assentos inadequados¹.

A amplitude das consequências do desenvolvimento dessas lesões, seja em termos econômicos ou de sofrimento humano, despertou a atenção não só de estudiosos, pesquisadores ou profissionais, mas também de órgãos governamentais ligados à saúde, de modo que, principalmente, a prevenção das UP tem tido prioridade no desenvolvimento de políticas que orientam a prática fundamentada em bases científicas⁷.

Assim, com a finalidade de melhorias na atenção aos pacientes em risco para o desenvolvimento de UP e, conseqüentemente, de reduzir a sua ocorrência, alguns serviços de saúde elaboram protocolos, os quais contam com medidas preventivas a serem adotadas conforme o grau de risco do paciente, avaliado por escalas padronizadas, sendo a de Braden a mais utilizada⁸.

A Escala de Braden (EB) foi criada por Braden e Bergstron, com o objetivo de diminuir a incidência de UP no serviço onde trabalhavam⁹. Ela foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Wana Paranhos em

1999, permitindo adequada utilização no Brasil. A EB está amparada na fisiopatologia das UP e permite uma avaliação dos aspectos relevantes ao desenvolvimento da úlcera, segundo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os cinco primeiros subescores recebem uma pontuação que varia de um a quatro, enquanto que fricção e cisalhamento, de um a três. A soma de cada subescore resulta na estratificação em faixas, em que os menores valores indicam as piores condições¹⁰.

Neste contexto, a identificação dos fatores individuais de risco é útil para direcionar a sistematização do cuidado e a terapêutica. A EB é um instrumento de sistematização que sinaliza ao profissional enfermeiro uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), identificando o risco que o paciente tem em desenvolver a UP¹¹. A implementação da SAE é de extrema relevância para a prevenção de UP, oferecendo ao paciente aquilo que é a essência da profissão, ou seja, cuidar do outro quando este não consegue fazê-lo ou precisa de auxílio, como orientação ou supervisão. A SAE possibilita uma constante reflexão sobre a escolha das intervenções visando à prevenção de UP, fazendo com que o enfermeiro desenvolva a sua capacidade para tomar as melhores decisões com crescente autonomia e cientificidade¹².

Desse modo, a viabilização dos subsídios para a SAE advém da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA I), que apresenta os diagnósticos de Enfermagem e das ligações NANDA I – NIC, com as intervenções de Enfermagem, fortalecendo ainda mais a cientificidade da profissão¹³.

Cabe ressaltar que existem diversas maneiras de sistematizar a assistência de Enfermagem, entre as quais estão os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de Enfermagem. São diferentes formas de desenvolver o cuidado, ou seja, diversos métodos podem ser empregados para solucionar uma situação real em um determinado tempo, a fim de alcançar resultados positivos para a saúde dos pacientes¹². Sendo assim, a SAE vem para somar e aderir o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados direto e indireto aos pacientes¹¹.

Diante da importância do tema, objetivou-se analisar as medidas preventivas para o desenvolvimento de UP, em pacientes admitidos em uma UTI, adotadas pela equipe de Enfermagem, baseando-se na EB.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, relacionado à assistência de Enfermagem no âmbito de prevenção das UP aos pacientes internados na em UTI.

O estudo foi realizado na UTI de um hospital da rede privada no município de Caruaru, em Pernambuco, de janeiro a maio de 2014. A população foi constituída por pacientes acamados, considerados críticos, de ambos os sexos, internados na unidade da referida instituição, considerando a quantidade de leitos. A amostra constou de 20 sujeitos, selecionados intencionalmente, com base nos seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos; escore na escala de Braden ≤ 16 ; não apresentar UP no momento de admissão na UTI; permanecer internado na UTI por, no mínimo, 72 horas. Os critérios de exclusão foram: ser transferido para outra unidade hospitalar; obter alta da UTI e paciente evoluir a óbito.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado por todos os pesquisados e/ou seus responsáveis, no qual assegurou-lhes o sigilo dos dados e o anonimato. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob número 22350513.6.0000.5203, em observância à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para este estudo, foram utilizados como fonte de dados os prontuários dos pacientes selecionados, a fim de coletar informações inerentes à hipótese diagnóstica, tais como: idade, resultados de exames laboratoriais, registro da evolução, avaliação nutricional, presença de comorbidades e prescrições médicas e de Enfermagem.

Na primeira etapa da pesquisa, realizou-se a classificação do paciente pela EB para avaliar o risco de desenvolver UP. Tal instrumento é composto de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão (percepção sensorial, atividade e mobilidade) e três mensuram a tolerância da pele para a pressão (umidade, nutrição, fricção e cisalhamento). As cinco primeiras são pontuadas com um escore que varia de um (menos propício) a quatro (mais propício); a sexta, referente à fricção e ao cisalhamento, é classificada com escore de um a três. Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível de um conceito de uma ou duas frases descrevendo ou qualificando as condições a serem avaliadas. O escore total na EB varia de 6 a 23.

Portanto, o risco para o desenvolvimento de UP dependerá do escore da EB, verificado por meio da avaliação do paciente, descrito da seguinte forma: sem risco – 19 a 23 pontos; baixo – 15 a 18 pontos; moderado – 13 a 14 pontos; alto – 10 a 12 pontos; ≤ 9 – muito elevado. Os pacientes sem risco (escore de 19 a 23) e de risco baixo (escore de 15 a 18) deverão ser avaliados a cada 72 horas e aqueles com graus de moderado e alto (escore ≤ 14), a cada 24 horas. Utilizou-se o escore ≤ 16 como crítico para o desenvolvimento de UP.

Na segunda etapa, para coletar informações relativas às condições preventivas, aos diagnósticos de Enfermagem, aos fatores de risco e à prescrição dos cuidados de Enfermagem, utilizou-se um formulário estruturado de prevenção de UP, o qual foi respondido com o auxílio do prontuário do paciente e dos dados colhidos por meio de exame físico diário da pele, realizado pelos pesquisadores.

As variáveis incluíram: sexo, faixa etária, cor, risco conforme a EB, classificação segundo o índice de massa corporal (IMC), presença de UP e comorbidades. Os resultados obtidos foram organizados em planilhas do Microsoft Excel 2007 e exportados para o programa estatístico IBM SPSS Statistics 20^o. Os dados foram tratados segundo o teste bivariado de Pearson (χ^2), que estabelece testes estatísticos indicando o grau de associação entre variáveis intervenientes e de desfecho, considerando um nível de significância de $p \leq 0,005$. Posteriormente, as informações foram tabuladas e apresentadas na forma de tabelas e gráficos, com suas respectivas distribuições percentuais.

RESULTADOS

Em relação ao aspecto sociodemográfico da amostra pesquisada, dos 20 pacientes analisados, 70% eram do sexo feminino e 30% do masculino. Quanto à faixa etária, 90% tinham idades entre 65 e 92 anos, o que caracteriza uma população idosa, seguido de 10% compreendidos na faixa etária de 20 a 32 anos. Observou-se que 60% eram brancos; 7%, pardos e 1%, negros.

Ao analisar o escore total pela EB, 95% dos participantes apresentaram-no entre seis e nove, correspondendo assim a um risco muito elevado para desenvolver UP e 5%, entre 16 e 17 com classificação de risco leve, demonstrando uma população com risco de surgimento de UP, como na Figura 1. Com relação à compleição física, 10% dos pacientes estavam com IMC normal, 25% estavam abaixo do peso, 15% acima

do peso e 50% obesos. Pelas comorbidades analisadas nos pacientes da amostra, 35% dos participantes tinham diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 20% de diabetes *mellitus* (DM) e 45% tinham ambos os diagnósticos, HAS e DM.

Observou-se também que não se utilizava nenhuma escala para predição de risco no setor, bem como nenhuma ferramenta que sinalizasse ao enfermeiro o risco que o paciente apresentava em relação ao surgimento de UP.

A Figura 2 mostra que, na maioria dos prontuários dos pacientes analisados, havia ausência dos registros de Enfermagem a respeito dos cuidados preventivos relacionados às UP, assim como a ausência da SAE. Com relação a estes, foram encontrados em um prontuário três prescrições de cuidados, realizadas por outro profissional e não pelo enfermeiro.

As ausências dessas medidas preventivas escritas no prontuário corroboravam com a clínica, uma vez que, ao ser feito o exame físico da pele diariamente, não se observavam quaisquer tipos de coberturas ou dispositivos que amenizassem os riscos no surgimento dessas lesões.

Nota-se, na Figura 3, o intervalo de dias entre a admissão e o surgimento de UP. Um total de 95% dos pacientes apresentou UP nos intervalos de quatro a oito dias de internação na UTI. Destes, 85% tiveram UP estágio I; 5%, UP

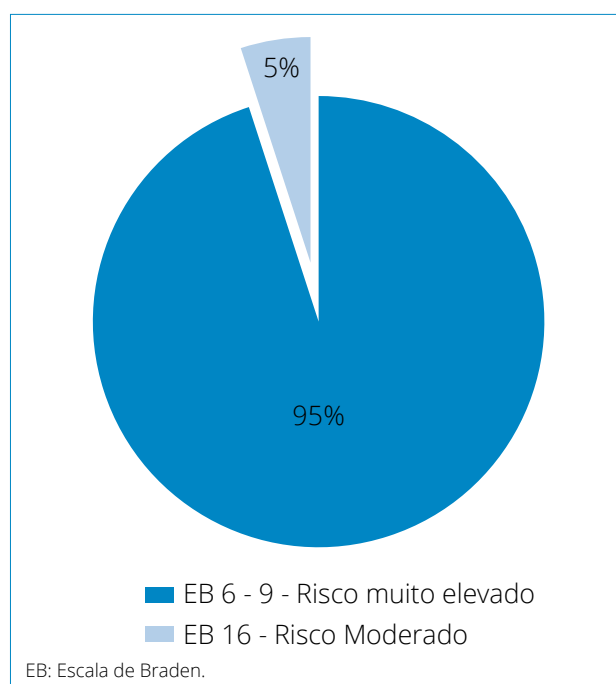


Figura 1. Classificação de risco segundo os escores da Escala de Braden dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (Caruaru, 2014).

por força de fricção ou cisalhamento em função das dobras dos lençóis e 5% desenvolveram UP pela fixação inadequada da sonda vesical de demora.

Na associação das variáveis sociodemográficas e clínicas, observou-se diferença estatisticamente significativa para as variáveis faixa etária ($p=0,002$), risco pelo escore na EB ($p=0,000$), classificação do IMC ($p=0,000$), surgimento de UP ($p=0,000$) e presença de comorbidades ($p=0,000$), conforme demonstrado na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Os pacientes que necessitam de internação em UTI, em geral, precisam de um longo tempo de permanência nela e de cuidados contínuos. Estudos na literatura demonstram que a incidência de UP em pacientes hospitalizados em UTI, no Brasil, varia de 10,6 a 55%¹⁴⁻¹⁷.

Com relação ao sexo, do total de pacientes com UP, houve uma população significativamente feminina (70%). Em um estudo que explica a predominância de UP no sexo feminino, explicou-se que as mulheres apresentam maior longevidade do que os homens, levando-as a tempos mais longos de doenças crônicas, além de geralmente as mulheres procurarem mais os serviços de saúde do que os homens, o que pode explicar o maior percentual do sexo feminino¹⁰.

O cruzamento entre o surgimento de UP e sexo apresentou-se mais frequente no grupo estudado do

sexo feminino (70%). Estudos apontam divergências em relação a este contexto, alguns com predominância de risco no sexo feminino¹⁶⁻¹⁸ e outros no masculino¹⁹⁻²¹.

Entre algumas doenças crônicas não transmissíveis, o DM e a HAS podem alterar a circulação sanguínea, a oxigenação, as alterações dos níveis de eletrólitos e proteínas e o nível perceptivo e de consciência; desse modo, prejudicando

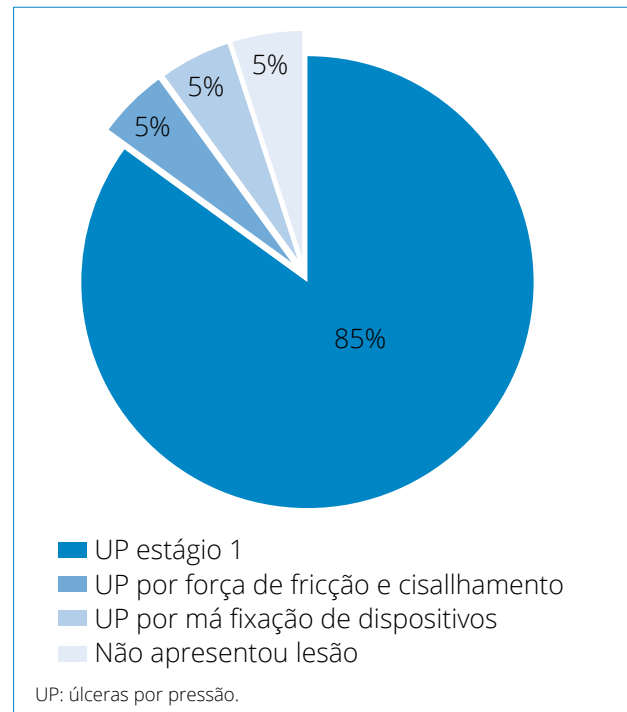


Figura 3. Úlceras por pressão presentes no intervalo de quatro a oito dias (Caruaru, 2014).

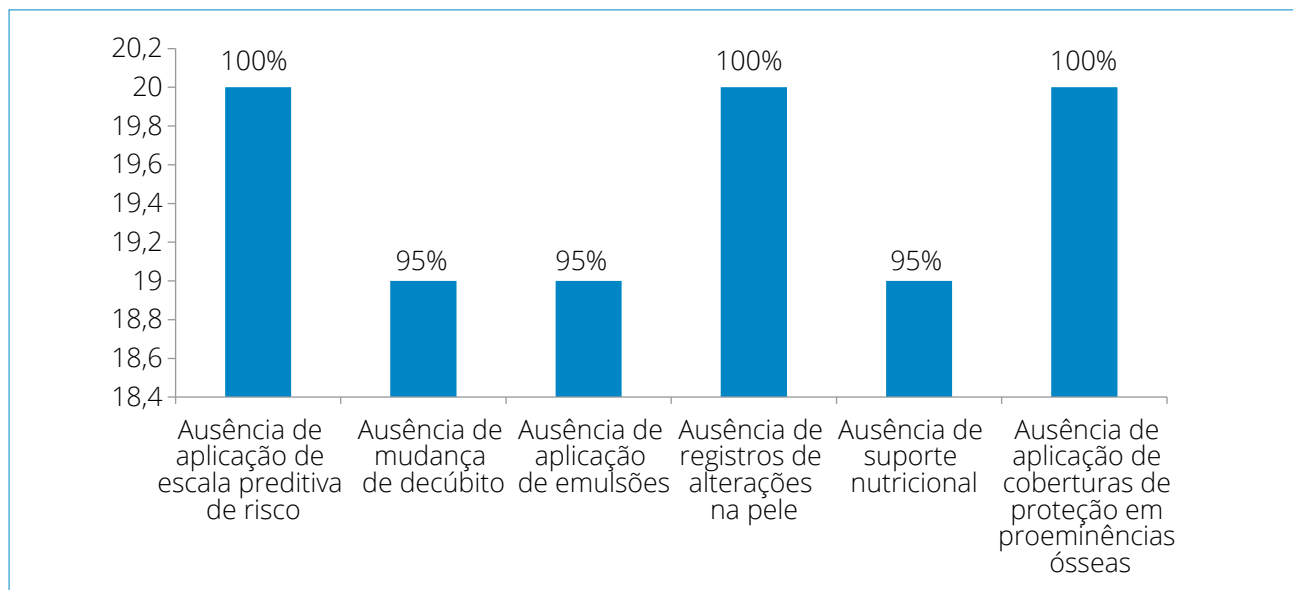


Figura 2. Cuidados de Enfermagem não implementados para a prevenção de úlcera por pressão na Unidade de Terapia Intensiva (Caruaru, 2014).

Tabela 1. Associação entre a ausência dos cuidados de Enfermagem e as variáveis.

Variáveis	Ausência dos cuidados de Enfermagem				Total		Valor p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	5	23,3	1	100	6	100	0,117
Feminino	14	73,7	0	0	14	100	
Faixa etária							
20 a 32 anos	1	5,3	1	5,3	2	100	0,002
65 a 92 anos	18	94,7	0		18	100	
Cor							
Branca	12	63,2	0	0	12	100	0,376
Parda	6	31,6	1	14,3	7	100	
Negra	1	5,3	0	0	1	100	
Risco da Escala Braden							
Moderado	0	0	1	5	1	100	0,000
Muito elevado	19	95	0	0	19	100	
Classificação conforme índice de massa corporal							
Eutrófico	0	0	1	5	1	100	0,000
Distrófico	19	95			19	100	
Presença de úlcera por pressão	19	95	1	5	20	100	0,000
Presença de comorbidades	19	95	1	5	20	100	0,000

Nota: $p \leq 0,005$ - teste do χ^2 .

a cicatrização da pele e reduzindo a sua resistência às lesões pela fragilidade advinda das referidas alterações²². No presente estudo, todos os pacientes eram portadores de ao menos um destes diagnósticos e, dentre eles, 45% tinham ambas, DM e HAS.

Um dos fatores relevantes para o desenvolvimento de UP é a idade. Estudos em literaturas nacionais e internacionais indicam que esse provável aumento para o risco de UP acontece em função das alterações específicas no processo de envelhecimento da pele, pois resultam num tecido mais frágil e suscetível às forças mecânicas, tais como fricção, pressão e cisalhamento²³. Assim, 90% dos pacientes do estudo tinham entre 65 e 92 anos, o que indica que esta população seja mais propícia ao desenvolvimento de UP. Os cruzamentos estatísticos entre a ausência das ações de Enfermagem nesta faixa etária apresentaram-se significativos ($p=0,002$), bem como a análise realizada entre faixa etária e surgimento de UP ($p=0,003$).

A diminuição do nível de consciência em decorrência das doenças de origem neurológica ou da percepção sensorial reduzem a mobilidade e a atividade do paciente, dificultando-o de perceber desconforto e/ou dor, o que ocasiona o desenvolvimento de UP. Dentre as modificações da mobilidade e neurológicas, destacam-se coma, imobilização

e parestesias²⁴. Observou-se, no presente estudo, na subescala percepção sensorial, que 90% dos pacientes apresentavam-se completamente limitados, enquanto que, na mobilidade, 95% dos sujeitos estavam imóveis.

Uma grande parte dos pacientes estudados, 90%, apresentou a pele raramente úmida, ou seja, frequentemente seca, além de gerar um menor desgaste físico para a equipe de Enfermagem, pois o paciente somente era trocado nos momentos rotineiros, minimizando o risco de desenvolver UP. A umidade pode estar presente pelas alterações no nível de consciência e outras complicações no sistema neurológico periférico. Dentre estas, destacam-se a transpiração excessiva e as incontinências urinária e fecal. As drenagens de feridas, as secreções de drenos e os restos alimentares também são outros fatores que favorecem a exposição do paciente à umidade. Assim, quanto ela está presente durante um tempo prolongado, pode desencadear a maceração e a ruptura da pele, que são, conseqüentemente, um fator determinante para o surgimento da UP²⁴.

O aspecto nutricional representa um fator determinante para o surgimento de tais lesões; portanto, 95% dos pacientes tinham como item a nutrição provavelmente inadequada composta na EB e analisada por meio do formulário estruturado da pesquisa. Neste contexto, a

avaliação do estado nutricional torna-se relevante, pois determinará a conduta terapêutica nutricional a fim de manter o organismo com um adequado aporte nutricional, facilitando a sua capacidade de manter a integridade tissular da pele, além de favorecer a regeneração e o processo cicatricial da pele²⁵.

Desse modo, dentre os pacientes com risco elevado ao desenvolvimento de UP (95%), segundo a EB entre seis e nove, observou-se que 50% apresentaram IMC ≥ 38 , classificados assim como obesos. Isto denota que, além da sinalização pela EB, o paciente apresenta outro risco para o desenvolvimento dessas lesões, necessitando de cuidados específicos voltados a essa população. A análise estatística dos pacientes que indicaram distrofia, ou seja, tinham algum tipo de irregularidade no IMC, aponta significância estatística para os achados ($p=0,000$) quando comparados com a ausência dos cuidados de Enfermagem.

Com relação à força de fricção e cisalhamento, 85% dos sujeitos mostraram sinais de problema, isto é, dependiam de auxílio para se mover no leito. Este item avalia o grau de atrito entre a pele e o lençol do paciente. A fricção é gerada quando as forças dessas duas superfícies deslizam uma contra a outra, o que resulta em bolhas ou queimaduras. O cisalhamento é uma consequência de mobilização ou posicionamento incorretos, ocasionando danos mais profundos²⁶.

Frente ao surgimento de UP, analisando o intervalo de dias, observou-se uma média de 6 dias ($\sigma=1,47$) sendo o tempo mínimo de quatro e o máximo de seis dias. Este dado corrobora com a evidência do período médio de surgimento de UP em pacientes críticos, que se caracteriza acima de 72 horas desde a sua admissão^{22,23}.

Diante dos riscos no desenvolvimento de UP, foram notados escores na EB, os quais indicaram que 95% dos pacientes apresentaram risco muito elevado. Após este dado, com o risco definido, o profissional enfermeiro, por meio da SAE, deverá elaborar medidas, considerando as limitações e possibilidades individuais, objetivando minimizar os riscos do paciente para desenvolver UP²⁴.

Neste contexto, a taxonomia II da NANDA I define o seguinte diagnóstico relacionado ao comprometimento tissular: risco de integridade da pele prejudicada. Levando-se em conta o capítulo das ligações NIC-NANDA-I, encontram-se as intervenções prioritárias: prevenção de UP, controle da pressão, supervisão da pele, cuidados da pele, tratamentos tópicos, monitorização de sinais vitais, cuidados na incontinência urinária, posicionamento e terapia nutricional¹³.

Neste estudo, por meio do cruzamento de dados, dos pacientes que desenvolveram UP, 95% tiveram ausência das ações preventivas de Enfermagem, com significância estatística ($p=0,000$), sendo que tal dado considera ainda a presença de UP como uma iatrogenia por parte da equipe²⁷. Portanto, o enfermeiro possui ações determinantes na prevenção de UP, uma vez que este apresenta risco de desenvolver lesão segundo um instrumento preditivo, o qual, no caso deste estudo, é a EB. As rotinas de prevenção incluem²⁸:

- avaliar o grau de risco, numa assistência individualizada, como uma confecção de um protocolo para prevenção de UP;
- empregar as escalas de avaliação do grau de risco, como a EB adaptada para a língua portuguesa;
- providenciar colchão de poliuretano (colchão caixa de ovo) para o paciente;
- identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais;
- mobilizar ou mudar o paciente de posição de duas em duas horas, bem como realizar massagem de conforto com emulsão;
- proteger as saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros;
- registrar alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das UP, propostos pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP);
- realizar tratamento precoce da pele, ou seja, manter e melhorar a tolerância tissular à pressão, a fim de prevenir lesão;
- checar áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes em risco e otimizar o estado dessa pele, por meio da hidratação com cremes à base de ácidos graxos essenciais, tratar a incontinência, evitar o uso de água muito quente e providenciar suporte nutricional;
- monitorar e documentar as intervenções e os resultados obtidos;
- implementar medidas de suporte mecânico, ou seja, proteger/evitar complicações adversas de forças mecânicas externas;
- criar e fornecer um programa de ensino aos pacientes de risco em longo prazo para as pessoas que cuidam deles.

Desse modo, o enfermeiro, por sua cientificidade, é o profissional capaz de desenvolver ações de intervenção a fim de minimizar os riscos no surgimento de tais lesões, o que foi percebido como ausente neste estudo, demonstrando um déficit no cuidado voltado a estes pacientes e, conseqüentemente, o desenvolvimento de UP.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que houve um déficit das ações de Enfermagem voltadas à prevenção de UP, desde a SAE às práticas assistenciais do cuidado, consequentemente, o surgimento das úlceras. Não se utilizava a EB como ferramenta de predição de risco, bem como não foram observados registros nos prontuários que apontassem medidas preventivas para diminuir os riscos no surgimento de tais lesões.

O intervalo de dias para o aparecimento de UP na UTI foi em média de seis dias ($\sigma=1,47$), observados a partir de quatro dias da admissão do paciente. A ausência de ações preventivas de Enfermagem contribuiu para o desenvolvimento de UP ($p=0,000$).

Assim, torna-se relevante a implementação de uma escala de avaliação de risco e de protocolos de prevenção

dessas lesões a fim de fornecer subsídios ao profissional enfermeiro na prestação de uma assistência de qualidade e individualizada.

O enfermeiro é o membro da equipe de Enfermagem respaldado técnico-cientificamente para instituir ações que visem minimizar os eventos adversos a que o paciente esteja exposto. Contudo, o mesmo torna-se responsável por adotar medidas que busquem reduzir o surgimento de UP. Porém, tais medidas estavam ausentes neste estudo.

Nesse sentido, a EB configura-se como um instrumento de fácil utilização, que demonstra a probabilidade, de forma individual, que o paciente apresenta em desenvolver uma UP. Por meio do escore da EB, o enfermeiro terá subsídios para desenvolver de forma sistemática tais ações, e a ausência delas poderá caracterizar negligência por parte dos profissionais, tendo em vista que a EB, por si só, demonstra que o paciente possui uma probabilidade de ter tal lesão.

REFERÊNCIAS

- Rogenski NMB, Kurcgart P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2015 Apr 22]; 20(2):333-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000200016&lng=en&nrm=iso
- Alves AG, Borges JW, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 28];6(2):793-804. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3004/pdf_1287
- Brasil. Portaria MS/GM 529, de 1 de abril de 2013. Instituto de Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013.
- Freire IM. Assistência de enfermagem a portador de úlceras por pressão, tratado com hidrofibra com prata iônica. Porto Alegre: Congresso Brasileiro de Estomatoterapia; 2011.
- Lima AC, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pessoas hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 28];6(1):267-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029&lng=en&nrm=iso
- Silva DP, Barbosa MH, Araujo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 14];13(1):118-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm>
- Malagutti W, Kakiyara CT. Curativo, ostomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.
- Almeida RA, Bastos RA, Almeida FC, Pequeno GA, Vasconcelos JM, Rodrigues FA. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 14];5(2):125-31. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10457/8207>
- Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of Braden Scale for predicting pressure sores risk. *Decubitus* [Internet]. 1989 [cited 2014 Dec 14];2(3):44-51. Available from: http://journals.lww.com/aswcjournal/Citation/1989/08000/CLINICAL_UTILITY_OF_THE_BRADEN_SCALE_FOR.9.aspx
- Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1999 [cited 2015 Jan 22];33(n.esp.):191-206. Available from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>
- Gonçalves LR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 08];11(3):459-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a10.pdf>
- Carvalho EC, Bachion MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem - intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2015 Feb 05];11(3):466. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf>
- Baravesco T, Lucena AF. Intervenções da classificação de enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev Latino-Am. Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 26]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600013>
- Albuquerque AM, Souza MA, Torres VS, Porto VA, Soares MJ, Torquato IM. Avaliação e prevenção de Úlcera por Pressão pelos enfermeiros de Terapia Intensiva: Conhecimento e Prática. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 30];8(2):229-39. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4688/pdf_450

15. Rodrigues MM, Souza MS, Silva JL. Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2014 July 12];13(4):566-75. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13117/8875>
16. Fernandes NC, Torres GV. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(3):304-10.
17. Fernandes LM, Caliri MH. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(6):973-8.
18. Araújo CR, Lucena ST, Santos IB, Soares MJ. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):359-64.
19. Fernandes MG, Costa KN, Santos SR, Pereira MA, Oliveira DS, Brito SS. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Rev Enferm. UERJ*. 2012;20(1):56-60.
20. Araújo TM, Araújo MF, Cavalcante CS, Barbosa Júnior GM, Caetano JA. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):381-5.
21. Studart RM, Melo EM, Lopes MV, Barbosa IV, Carvalho ZM. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):494-500.
22. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(4):703-10.
23. Freitas MC, Medeiros AB, Guedes MV, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 12]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100019&script=sci_arttext
24. Rogenski NM, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden inter observadores. *Acta Paulista Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 May 18]. Available from: <http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=1&item>
25. Nogueira GA, Assad LG. Avaliação de risco para úlcera por pressão: contribuição para o cuidado de enfermagem na unidade de clínica médica. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 22];7(11):6462-70. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4766/7743>
26. Serpa LF, Santos VL, Campanili TC, Queiroz M. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 01];19(1):50-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4042540/>
27. Sila EW, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VT. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2010 [cited 2015 Apr 18];22(2):175-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>
28. Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 20];43(1): 223-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.pdf>

Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem

Care of Skin Injuries: Nursing Actions

Cuidado con Lesiones de la Piel: Acciones de la Enfermería

*Barbara Franco Mittag¹, Tereza Cristina Caron Krause², Hellen Roehrs³,
Marineli Joaquim Meier⁴, Mitzy Tannia Reichembach Danski⁴*

RESUMO

Estudo descritivo exploratório que objetivou identificar atividades de Enfermagem relacionadas às lesões de pele em um hospital de ensino de Curitiba, no estado do Paraná, Brasil. Foram entrevistados 25 enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação, em janeiro de 2013. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e agrupados pelas temáticas: prevenção, tratamento, gestão e educação permanente. Os resultados apontam que a mudança de decúbito do paciente é a medida de prevenção mais utilizada em úlceras por pressão, no tratamento é a realização de curativos. A instituição tem uma gestão de qualidade e de risco, porém a maioria dos enfermeiros desconhece qualquer indicador relacionado ao cuidado com a pele e não notifica as lesões. Um total de 88% declarou que não existe política educativa sobre o cuidado com a pele. As lesões são fenômenos complexos e controlá-las exige um conjunto de medidas no cuidado baseado em evidências científicas por parte do profissional, políticas de gestão e educação da instituição.

DESCRITORES: Ferimentos e lesões. Enfermagem. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT

Descriptive and exploratory study with the aim of identifying Nursing activities associated with skin injuries in a University Hospital in Curitiba, Paraná State, Brazil. Twenty-five nurses in charge of the care units were interviewed in January 2013. Data were analyzed through the descriptive statistics and grouped in the following subjects: prevention, treatment, management, and permanent education. The results show that the most used prevention method in pressure ulcers is patient repositioning, and dressings is the most applied for the treatment. The hospital has a quality and risk management; however, most of the nurses are not aware of the skin care indicators and do not report the injuries. A total of 88% declared no educative policies related to skin care. Skin injuries are a complex phenomenon; their control depends on a group of care actions based on scientific evidence by the professional, management and education policies from the institution.

DESCRIPTORS: Wounds and injuries. Nursing. Quality indicators; health care.

¹Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Enfermeira da Unidade Terapia Intensiva Neonatal do Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba (PR), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Isaías Regis de Miranda, 2.828 – casa 6 – CEP: 81670-070 – Curitiba (PR), Brasil – E-mail: barbara_mittag@ufpr.br

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da UFPR. Gerente da Unidade de Neurologia/Neurocirurgia/Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba (PR), Brasil.

³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Professora-Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPR – Curitiba (PR), Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Graduação e Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPR – Curitiba (PR), Brasil.

Artigo recebido em: 24/11/2014 – Aceito para publicação em: 20/12/2015

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo cuyo objetivo fue identificar las actividades de Enfermería relacionadas con lesiones en la piel en un hospital de enseñanza de Curitiba, en el estado del Paraná, Brasil. Fueron entrevistadas 25 enfermeras a cargo de las unidades de hospitalización, en enero del 2013. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva agrupados por temas: prevención, tratamiento, gestión y educación continua. Los resultados indican que el cambio de posición del paciente es la medida de prevención más utilizada en úlceras por presión, y los apósitos son empleados en el tratamiento. La institución posee gestión de calidad y riesgo, pero la mayoría de los enfermeros desconoce los indicadores relacionados al cuidado de la piel y no reportan las lesiones. El 88% declaró que no existe una política educativa para el cuidado de la piel. Las lesiones son fenómenos complejos y controlarlas requiere una serie de medidas basadas en evidencias científicas del profesional, políticas de gestión y educativas de la institución.

DESCRIPTORES: Heridas y traumatismos. Enfermería. Indicadores de calidad de la atención de salud.

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando 16% do peso corporal, e é constituída por duas camadas germinativas. A ectoderme origina a epiderme, que é o revestimento mais externo formado por várias camadas de células, sem vascularização, com a função de proteção. A mesoderme dá origem à derme, que é a camada intermediária na qual se situam os vasos, nervos e anexos cutâneos. Na continuidade da derme, a hipoderme ou subcutâneo, com a função principal de depósito nutritivo de reserva, serve de união com os órgãos adjacentes¹.

A pele tem vários papéis, dentre eles estabelecer uma barreira física entre o corpo e o meio ambiente, impedindo a penetração de microrganismos e a termorregulação. As fibras nervosas são responsáveis pelas sensações de calor, frio, dor, pressão, vibração e tato. As glândulas sebáceas, por meio da sua secreção, agem como lubrificante e emulsificante e formam o manto lipídico da superfície cutânea, com atividades antibacteriana e antifúngica¹.

Inúmeras alterações acometem a integridade desta estrutura, resultando em solução de continuidade, denominadas como feridas. Fatores como pressão, traumas mecânico, químico, físico e isquêmico e a intenção no caso de cirurgias, podem resultar em lesões².

Essas lesões cutâneas atingem a população em geral, principalmente os pacientes hospitalizados, independentemente de sexo, idade ou etnia. Como consequência, há o aumento dos gastos públicos e a diminuição da qualidade de vida, constituindo, desta forma, um sério problema de saúde pública. Não há registros epidemiológicos nacionais; entretanto, há inúmeros pacientes com lesões de pele³.

Os gestores dos serviços de saúde têm se preocupado com o tema, em função dos aspectos éticos, sociais, legais e financeiros, o que determina implementar as medidas de prevenção e os indicadores de qualidade relacionados a este agravado⁴.

A segurança do paciente gera interesse e mobilização à adoção de métodos para análise de risco e prevenção de eventos adversos, como a úlcera por pressão (UP), entre outros, com o objetivo de garantir qualidade na assistência e evitar agravos à saúde⁵. Segundo o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUP) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), a UP é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente nas proeminências ósseas, em consequência da pressão isolada ou em combinação com cisalhamento e outros fatores contribuintes, que ainda não estão totalmente elucidados⁶.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) prevê a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os serviços de saúde do país e a obrigatoriedade de notificação dos eventos adversos nestas instituições³.

Prevenir, avaliar e tratar uma ferida são responsabilidades quase que exclusivas da Enfermagem; para tanto, são requeridos conhecimentos sobre os fatores de risco, a fisiologia, a anatomia e as etapas do processo de cicatrização. Este conhecimento é fundamental para a realização de um diagnóstico do tipo de lesão e a indicação de tecnologias adequadas para a prevenção e o tratamento da ferida^{4,7}. Ressalta-se que a prevenção e o tratamento são dinâmicos e devem acompanhar as evoluções científica e tecnológica, sendo concretizados com a sistematização da assistência de Enfermagem.

Para atingir padrões elevados de qualidade na assistência de Enfermagem, a primeira ação é a educação permanente,

que proporciona aos profissionais competências e aptidões para aplicar o método científico nas resoluções dos problemas de Enfermagem⁸, frente às novas evidências na área da saúde⁹. A utilização de várias metodologias de aprendizagem em cursos presenciais, semipresenciais e à distância é imprescindível. É importante considerar a experiência, a história e o ritmo de aprendizagem de cada profissional¹⁰.

As instituições investem na capacitação da equipe de Enfermagem para o alcance de uma assistência de qualidade, ou seja, atividades seguras, dinâmicas e individualizadas¹⁰. Uma constante atualização é essencial, e cabe ao enfermeiro manter a equipe motivada a participar de treinamentos, cursos e palestras¹¹. A universidade como parceira da unidade hospitalar permite o confronto das evidências apontadas nas pesquisas com a realidade do serviço em questão, a fim de torná-las viáveis no cotidiano¹², proporcionando a segurança do paciente. O cuidado de Enfermagem é estratégico para se obter bons resultados na prevenção e no tratamento das lesões de pele dos pacientes hospitalizados. Desse modo, objetivou-se neste estudo identificar atividades de Enfermagem relacionadas a lesões de pele em um hospital de ensino de Curitiba, no estado do Paraná.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quanti e qualitativa, realizado em um hospital de ensino da cidade de Curitiba, nas 25 unidades de internação, em janeiro de 2013. Os participantes eram enfermeiros administrativos, um de cada unidade de internação da instituição, ou um

enfermeiro do serviço indicado pelo enfermeiro administrativo, totalizando 25 participantes.

A coleta de dados foi efetuada por meio de uma entrevista, de aproximadamente 30 minutos de duração. Foi utilizado um instrumento pré-elaborado, composto por 30 perguntas abertas e fechadas, cujas questões abordavam as medidas de prevenção, tratamento, gestão e educação permanente relacionadas às lesões de pele. Destaca-se que, nas perguntas abertas, não havia limites de respostas; deste modo, tem-se mais ações do que a quantidade de entrevistados. As respostas foram registradas por escrito em instrumento próprio.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CAAE 07555012.8.0000.0102). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início da entrevista. O sigilo e o anonimato foram assegurados durante todo o trabalho.

Os dados foram tabulados em planilhas e agrupados pelas temáticas: prevenção, tratamento, gestão e educação permanente. Na sequência, eles foram analisados quanti e qualitativamente de forma descritiva à luz da literatura.

RESULTADOS

As feridas não intencionais mais recorrentes segundo os relatos dos enfermeiros, em sua unidade, foram as UP seguidas pelas lesões por umidade e lesões por fricção, como se verifica na Figura 1. Destaca-se que essas lesões, na sua maioria, são evitáveis por meio de ações da enfermagem.

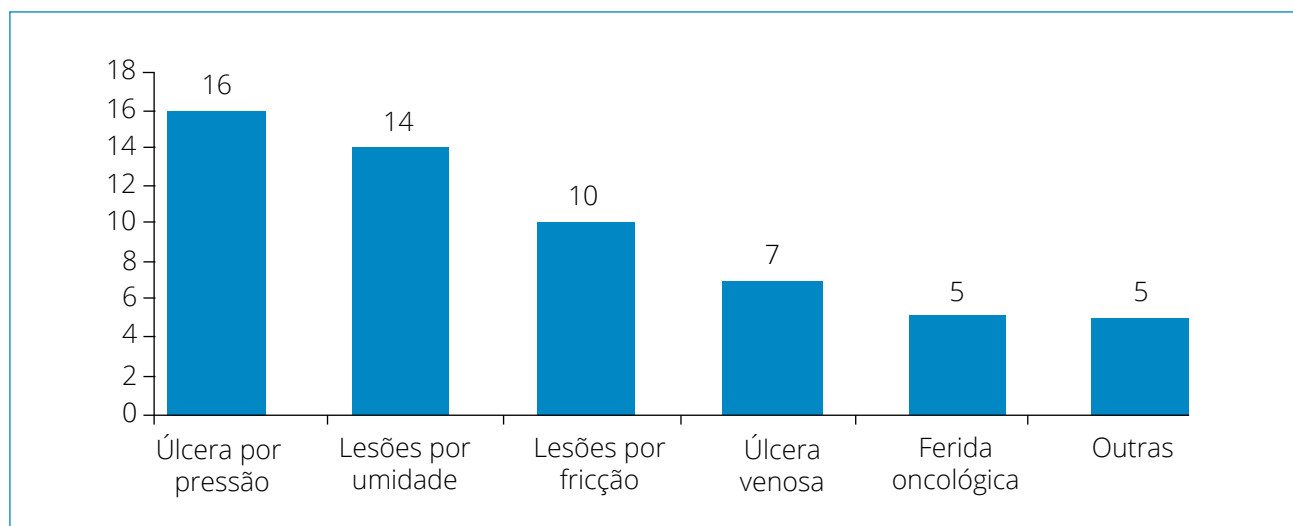


Figura 1. Frequência das lesões de pele nas unidades de internação no Hospital de Ensino de Curitiba.

Medidas de prevenção

As medidas utilizadas para a prevenção das lesões de pele foram agrupadas por similaridade. Deste modo, a resposta mudança de decúbito compreendeu também os seguintes termos: “mudança de decúbito” e “retirar do leito”. Esses agrupamentos aconteceram em outros itens e foram colocados entre parênteses na Tabela 1. Como consequência, existem grupos de respostas em número superior à quantidade de enfermeiros entrevistados.

Os resultados obtidos sobre as medidas adotadas para a prevenção das lesões de pele estão apresentados na Tabela 1.

Ainda com relação à prevenção, os enfermeiros foram questionados sobre a existência de um protocolo ou programa de prevenção das lesões de pele. Três (12%) enfermeiros confirmaram a existência e 22 (88%) desconhecem tal programa na instituição.

Tabela 1. Medidas utilizadas na prevenção de lesões da pele. Curitiba, Paraná, Brasil, 2013

Ações preventivas (termos agrupados)	Número de respostas
Mudança de decúbito (mudança de decúbito, retirada do leito)	28
Hidratação da pele (hidratação da pele e aplicação de ácidos graxos essenciais)	14
Colchão especial (pneumático, de ar e caixa de ovo)	9
Avaliação da pele	5
Roupa de cama esticada	5
Aliviar a pressão (uso de travesseiros, luva com água, uso de coxim e uso de roda de conforto)	4
Higiene (higiene, banho de aspersão e higiene com chá de camomila)	4
Evitar umidade (proteger contra umidade, manter paciente seco e troca frequente de fraldas)	3
Evitar fita adesiva	2
Massagem	2
Orientação (ao paciente, ao acompanhante e à equipe)	2
Aplicação de pomadas com óxido de zinco e vitamina C	2
Nutrição do paciente	1
Curativo profilático	1
Aplicação da escala de Braden	1
Proteção de proeminências ósseas	1

A avaliação de risco para UP é realizada em duas (8%) unidades do hospital e 23 (92%) enfermeiros não a realizam.

Medidas de tratamento

Com relação às ações desenvolvidas pelos enfermeiros ao detectar a UP ou outras lesões de pele, 44% dos participantes referiram o curativo. A mudança de decúbito foi relatada por 32% dos participantes e o uso de ácidos graxos essenciais (AGE) por 28% dos entrevistados. Outras ações podem ser observadas na Tabela 2.

Quanto aos produtos padronizados na instituição para o tratamento de UP e outras lesões de pele, foram citados: o AGE por 12 (48%), solução salina isotônica por sete (28%), e a colagenase por quatro (16%). Foram elencados ainda hidrocoloide, óleo mineral e óxido de zinco. Entretanto, 11 participantes (44%) responderam não haver nenhum produto padronizado para o tratamento.

A maioria dos enfermeiros, 20 (80%), relatou dificuldades para a realização de curativos, sendo que a indisponibilidade de produtos adequados foi a maior barreira, citada por 15 enfermeiros (60%), seguida por falta de padronização, treinamento e protocolos.

Medidas gerenciais

A respeito do conhecimento dos entrevistados sobre as ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente, 19 (76%) enfermeiros reportaram a existência de um programa de acreditação na instituição.

O comitê existente mais citado foi o da qualidade por 14 (56%) participantes, sendo também mencionados os de: feridas (esta em fase de implantação), transfusional,

Tabela 2. Ações realizadas aos pacientes portadores de lesão da pele. Curitiba, Paraná, Brasil, 2013

Ações	Quantidade	%
Realização de curativos	11	44
Mudança de decúbito	8	32
Uso de ácidos graxos essenciais	7	28
Manutenção das medidas preventivas	7	28
Colocação de colchão de ar ou pneumático	5	20
Avaliação do local da lesão	4	16
Curativo com coberturas especiais	3	12
Realização de compressas no local da lesão	2	8
Massagem	2	8
Manutenção da pele limpa	2	8

ética em Enfermagem, humanização e cuidados paliativos. Entretanto, 17 (68%) enfermeiros desconhecem os seus funcionamentos.

Um total de 20 (80%) enfermeiros respondeu existir uma gestão de risco na instituição. A existência de instrumento para notificação dos eventos adversos na instituição foi mencionada por 23 (92%) participantes, e apenas 2 (8%) não souberam informar sobre isso.

Em relação aos indicadores de qualidade adotados na gestão de risco relacionados aos cuidados com a pele, 14 (56%) enfermeiros não adotam, 7 (28%) não responderam a esta questão e somente 4 (16%) afirmaram trabalhar com a UP como indicador de qualidade para a gestão de risco na sua unidade de internação.

Houve subnotificação da UP ou outras lesões de pele no último ano nas unidades de internação. Dentre os 25 enfermeiros entrevistados, 13 (52%) responderam não terem realizado nenhuma notificação no período, 2 (8%) referiram não saber informar quantas foram realizadas e 1(4%) não respondeu à questão. Dos demais, 4 (16%) mencionaram a realização de somente uma notificação em um ano e uma unidade (4%) fez 65 notificações.

Medidas de educação permanente

A maioria dos enfermeiros, 22 (88%), relatou que não existe capacitação na instituição sobre o tema 'cuidados com a pele'. Quanto ao aperfeiçoamento profissional individual, 10 (40%) participaram de capacitações sobre essa temática nos últimos cinco anos; entretanto, 15 (60%) não frequentaram capacitações. Dos que participaram, seis citaram a aula expositiva dialogada como metodologia adotada. Foram mencionadas também a realização de oficinas, *folders* e palestra.

DISCUSSÃO

As UP são as lesões mais frequentes em pacientes internados em ambientes hospitalares ou nos domicílios, com a incidência variando entre 10,6 e 55%⁴, o que remete a equipe de Enfermagem a implementação de medidas de prevenção. Na prática diária, a identificação dos pacientes que estão em risco para o desenvolvimento de UP é primordial. Evidencia-se a necessidade do uso de estratégias, tais como a aplicação das escalas de avaliação de risco e de medidas preventivas personalizadas, para o planejamento e

a implementação pela equipe de Enfermagem em conjunto com toda a equipe de saúde, de ações preventivas, corretivas ou de minimização dos fatores de risco¹³.

No cenário da pesquisa, observa-se que isso ainda não está presente na sua totalidade, e somente duas clínicas realizam a avaliação de risco para UP, o que contraria as diretrizes internacionais que recomendam uma política de avaliação dos riscos e a capacitação dos profissionais de saúde⁶.

Outra medida preventiva é o monitoramento constante da pele. Quando efetuado pela equipe de Enfermagem, diminui os problemas de integridade¹⁴. Além disso, a proteção da pele contra umidade, principalmente urina e fezes, é fundamental. As propriedades mecânicas e a função de regular a temperatura da pele são alteradas pela umidade, tornando-a vulnerável à ocorrência de UP e dermatite associada à incontinência^{6,15}. A aplicação de pomadas e a higienização devem ser intensificadas quando o paciente faz uso de fraldas, já que são os cuidados simples que protegem a pele da maceração¹⁴.

A hidratação da pele seca, como medida de prevenção de lesões é eficaz, uma vez que este é um fator de risco para UP⁶. Ainda, o alívio de pressão, fator de risco dominante nas UP, por meio da mudança de decúbito e o uso de colchões específicos, são intervenções fortemente aconselhadas⁶.

Outras medidas que não são mais recomendadas para prevenção da ocorrência de UP, tais como as massagens e o uso de dispositivos que aliviam a pressão, como luva com água e uso de roda de conforto⁶, foram implementadas no local da pesquisa. Ressalta-se que isso é um achado comum em outros locais⁴, o que demonstra a necessidade de atualização da equipe de Enfermagem.

Sabe-se que, apesar de todo o esforço e a dedicação da equipe de Enfermagem, a ocorrência das UP em alguns casos não é evitável. Deste modo, ações de tratamento devem ser aplicadas ao detectar a UP ou outras lesões.

Os princípios das melhores práticas ao se detectar uma lesão de pele são, primeiramente, avaliar a lesão e estabelecer um diagnóstico eficaz para a elaboração do plano de tratamento¹⁶.

A prescrição dos cuidados de Enfermagem e os procedimentos que exigem a tomada de decisão são prerrogativas do enfermeiro^{7,17}. No tratamento das UP, o acompanhamento e a avaliação do estado de saúde do paciente e da sua lesão são essenciais na tomada de decisão para a escolha terapêutica¹⁸. A fim de auxiliar a escolha das coberturas, o

protocolo de tratamento de feridas tem como finalidade sistematizar essa prática, acompanhado do julgamento clínico do enfermeiro, que é imprescindível para a indicação da tecnologia adequada de acordo com as características e evolução de cada lesão⁷.

A prescrição da cobertura é pautada no conhecimento fisiopatológico da lesão e das atribuições ético-legais da profissão, pois a tecnologia de escolha eventualmente não é eficaz durante as várias fases de cicatrização da lesão, nem para todos os pacientes^{19,20}.

Outro aliado do enfermeiro para a prevenção e o tratamento de feridas é a monitorização de eventos adversos, que possui um papel importante no gerenciamento de risco e, conseqüentemente, na segurança do paciente. A notificação voluntária se constitui na base do sistema para detecção de riscos e eventos adversos²¹, e está regulamentada pela portaria 529/13 do Ministério da Saúde como obrigatória³. Porém, observa-se a subnotificação de UP ou outras lesões de pele na instituição, pois 13 (52%) dos enfermeiros relataram não ter sido realizada nenhuma notificação em 2012.

A existência de um programa de acreditação e de comitês de assessoria aponta para a dimensão da gestão de qualidade e segurança do paciente. Dos 25 participantes, 19 (76%) declararam a existência de tal programa e 20 (80%), a da gestão de risco na instituição. O sistema de acreditação nas instituições implica na obtenção do reconhecimento público com a busca da evolução na prestação de serviços, resultando na segurança e qualidade da assistência²².

O uso do indicador de qualidade como um instrumento gerencial torna-se uma ferramenta de avaliação da qualidade do cuidado, por isso os resultados permitem agir sobre um determinado processo⁸.

Toda prática envolve necessariamente um conjunto de conhecimentos que servem de base para o aprendizado, a assistência e as mudanças. Para promover cuidados

seguros e com qualidade, é importante investir em programas de educação e atualização da equipe de Enfermagem em temáticas como a prevenção e o tratamento de UP e outras lesões de pele.

Ainda assim, apenas 10 (40%) enfermeiros participaram de capacitações sobre cuidados com a pele nos últimos cinco anos, mas 15 (60%) relataram não terem participado. Tal aspecto faz esta pesquisa se diferir de uma na qual a maioria dos enfermeiros procurou o aperfeiçoamento em cursos de pós-graduação ou de tratamento de feridas⁷. O tema está em constante evolução seja por meio das publicações de diretrizes ou de inovações na área de prevenção e tratamento, requerendo apropriação dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados com a pele são atividades prioritárias da equipe de Enfermagem; entretanto, para que seja concretizado, é necessário investir na sistematização da assistência de Enfermagem, na implementação e na divulgação dos protocolos de prevenção e tratamento das lesões, na qualificação profissional e na educação em saúde para pacientes, familiares e acompanhantes.

Os resultados apontam quais são as fragilidades e dificuldades que a equipe de Enfermagem enfrenta no manejo das lesões de pele. O desconhecimento sobre a existência de padronização, a subnotificação das lesões e a falta de produtos ou coberturas foram os fatores mais relatados e que necessitam de intervenção por parte da estrutura organizacional.

Conhecer a realidade local e das práticas de Enfermagem que são implementadas na praxis é essencial. No entanto, não se pode estagnar, é fundamental planejar ações que descartem ou minimizem as dificuldades encontradas.

REFERÊNCIAS

1. Junqueira LC, Carneiro J. Histologia básica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
4. Rolim JA, Vasconcelos JM, Caliri MH, Santos IB. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. Rev Rene. 2013;14(1):148-57.
5. Silva AE, Teixeira TC, Cassiani SH. Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos; FMEA – análise do modo e efeito da falha e RCA – análise de causa raiz. In: Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2009. p. 301-16.

6. Haesler E. National Pressure Ulcer Advisory Panel. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
7. Moreira RA, Queiroz TA, Araújo TM, Caetano JA. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2009;10(4):83-9.
8. Franco JN, Barros BP, Vaidotas M, D'Innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Rev Bras Enfermagem*. 2010;63(5):806-10.
9. Braga AT, Melleiro MM. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n esp 2):1216-20.
10. Castro LC, Takahashi RT. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):305-11.
11. Silva SB. A compreensão de educação no trabalho para a equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar privada no interior do Estado de São Paulo [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2012.
12. Johann DA, Mingorance P, De Lazzari LS, Pedrolo E, Almeida TQ, Danski MT. Elaboração de diretriz clínica: Integração entre universidade e unidade hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):377-80.
13. Passamani RF, Brandão ES, Passamani RF. Úlcera por pressão: avaliação de risco em pacientes cirúrgicos. *Rev Estima*. 2012;10(2):12-8.
14. Aquino AL, Chianca TC, Brito RC. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. *Rev Eletr Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 16 abr. 2013];14(2):414-24. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a22.htm>
15. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs SJ, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(7):974-1003.
16. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Princípios de las mejores prácticas: diagnóstico y heridas. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd; 2008.
17. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1986.
18. Prazeres SJ. Tratamento de feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Mória; 2009.
19. Candido LC. Tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas. Santos; 2006.
20. Roehrs H, Malagutti W. Competências legais e éticas do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas. In: Malagutti W, Kakiyama T. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011.
21. Capucho HC. Os melhores conceitos e práticas de gestão aplicados ao seu hospital. Módulo 2 – Estruturando um programa de segurança do paciente. Saúde Business School; 2011.
22. Viturello DW, Matsuda LM. Validação de conteúdos de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.

Trauma Mamilar: Cuidados Adotados por Mulheres no Pós-parto

Nipple Trauma: Postpartum Care Adopted by Women

Lesiones en el Pezón: Cuidados Adoptados por Mujeres en el Posparto

Maristela Belletti Mutt Urasaki¹, Camila Inocencio Teixeira¹, Marina Possato Cervellini²

RESUMO

O trauma mamilar é uma intercorrência frequente no pós-parto e interfere no processo de amamentação por ocasionar desconforto e dor à mulher. O objetivo deste estudo foi conhecer os cuidados adotados por mulheres que apresentaram trauma mamilar no pós-parto. Estudo descritivo, exploratório e de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 112 mulheres com filhos de idade inferior a 2 anos. Os dados foram coletados em parques e praças da zona leste de São Paulo, por meio de formulário composto por questões fechadas e abertas. Todas as participantes amamentaram seus filhos, variando apenas o tempo da amamentação; o trauma mamilar não foi motivo para desmame; 44% observaram algum tipo de lesão no mamilo, e a maioria em ambas as mamas. Dessas mulheres, 85,4% recorreram a algum tipo de tratamento, sendo mencionados tratamentos úmidos e secos, isolados ou em associações e correção da pega. Medidas preventivas no pré-natal foram empregadas por 28 (30,1%) gestantes. Conclui-se que é expressivo o número de mulheres com trauma mamilar; algumas possuem informações imprecisas sobre as causas da lesão, como prevenir ou cuidar, constituindo tanto fatores de risco para seu surgimento quanto para seu agravamento.

DESCRITORES: Ferimentos e lesões. Mamilos. Aleitamento materno. Estomaterapia.

ABSTRACT

Nipple trauma is a frequent intercurrentence at postpartum and interferes at breastfeeding by causing discomfort and pain to women. The objective of this study was to know the adopted cares by women who had nipple trauma during the postpartum period. This was a descriptive and exploratory study with quantitative approach. The sample included 112 women with children under the age of 2. The data were collected in parks and squares of the East Zone of São Paulo city, Brazil, by means of a form with closed and open questions. All participants breastfed their children varying only the breastfeeding period; the nipple trauma was no reason for weaning; 44% noted some type of nipple injury, the majority in both breasts. It was found that 85.4% had resorted to some kind of treatment, being mentioned wet or dry treatments, isolated or in associations, and latch correction. Preventive measures in prenatal were employed by 28 (30.1%) pregnant women. We conclude that the number of women with nipple trauma is expressive; some have inaccurate information about its causes, how to prevent or take care of it, which constitutes risk factors for its onset and worsening.

DESCRIPTORS: Wounds and injuries. Nipples. Breast feeding. Stomatherapy.

¹Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

²Centro Universitário São Camilo – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Maristela Belletti Mutt Urasaki – Avenida Arlindo Bettio, 1000 – Ermelino Matarazzo – CEP: 03828-000 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: mari.urasaki@usp.br

Artigo recebido em: 01/03/2016 – Aceito para publicação em: 27/05/2016

RESUMEN

El trauma del pezón es intercurrente en el postparto e interfiere en el proceso de amamantamiento por ocasionar incomodidad y dolor en las mujeres. El objetivo del estudio fue conocer los cuidados adoptados por las mujeres que tuvieron trauma del pezón durante el postparto. Estudio descriptivo, exploratorio y de abordaje cuantitativo. La muestra fue compuesta por 112 mujeres con hijos menores de 2 años. Los datos fueron recolectados en los parques y las plazas de la Zona Este de São Paulo, Brasil, por medio de formulario compuesto por preguntas cerradas y abiertas. Todas las participantes amamantaron sus hijos, variando solamente el período de amamantamiento; el trauma del pezón no fue razón para el destete; 44% observaron algún tipo de lesión en el pezón, y la mayoría en ambas mamas. De esas mujeres, 85,4% recurrieron a algún tipo de tratamiento, siendo mencionados tratamientos húmedos y secos, aislados o en asociaciones, y corrección del agarre. Las medidas de prevención en el prenatal fueron empleadas por 28 (30,1%) mujeres embarazadas. Se concluye que es significativo el número de mujeres con trauma del pezón; algunas tienen informaciones imprecisas sobre las causas de la lesión, prevención o cuidado, constituyendo tanto factores de riesgo para su surgimiento como su agravamiento.

DESCRIPTORES: Heridas y traumatismos. Pezones. Lactancia materna. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), é de que a mãe alimente exclusivamente o bebê com leite materno até os seis meses de idade, uma vez que não é necessário nenhum outro alimento nesse período^{1,2}.

O leite materno é considerado o alimento mais completo para o recém-nascido; contém todas as proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas e minerais importantes para o crescimento e desenvolvimento sensorial e cognitivo e é rico em linfócitos e imunoglobulinas que protegem o lactente de infecções. Além disso, o movimento da musculatura realizado pela criança ao sugar a mama auxilia no desenvolvimento da dentição, da fala e na respiração. A amamentação também promove benefícios para a mãe, contribuindo na redução do peso após o parto, no retorno do útero ao seu tamanho normal, minimizando o risco de hemorragia e anemia, e ajudando na redução do risco de diabetes, câncer de mama e de ovário^{1,3-5}. Outro importante benefício do aleitamento é o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho. O contato contínuo, quando prazeroso, fortalece os laços afetivos, oportunizando intimidade, sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e realização na mulher. É uma forma especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade da criança aprender a se comunicar com afeto e confiança¹.

O processo de amamentação pode sofrer interferência de vários fatores, implicando em prejuízos para a mãe

e o bebê, dentre eles destaca-se o trauma mamilar (TM). Essa condição pode ser caracterizada como uma solução de continuidade da pele do mamilo e/ou aréola, lesão visível macroscopicamente, que dificulta o processo de amamentação por ocasionar desconforto e dor à mulher^{6,7}.

O TM é uma intercorrência cuja incidência varia de 11 a 96% durante a primeira semana após o parto. Cerca de 80 a 95% apresenta algum grau de dor mamilar e 26% apresentam dor extrema. Como consequência podem ocorrer a interrupção precoce da amamentação e o aumento do uso de mamadeiras e bicos artificiais, favorecendo comorbidades^{8,9}. Variáveis obstétricas e neonatais estão associadas ao TM, dentre as obstétricas consideram-se: primiparidade, ausência do companheiro, mamas em condições túrgidas e ingurgitadas, mamilos semiprotusos, malformados e despigmentados, uso impróprio de bombas de extração de leite, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. Por outro lado, dentre as neonatais estão: prematuridade, presença de freio lingual curto, sucção não nutritiva ou ineficaz, não interrupção da sucção da criança antes de retirá-la do peito, posicionamento incorreto e pega inadequada do recém-nascido durante a amamentação. Os dois últimos são considerados consensualmente como os principais fatores^{6,7,10,11}.

Aspectos biomecânicos do aleitamento materno devem ser considerados na lesão mamilar. O mamilo está sob trauma recorrente pela própria sucção do recém-nascido no momento da mamada¹². Quando ocorre o TM, se não for adequadamente tratado, o acometimento do tecido pode progredir rapidamente e a lesão se tornar grave e extensa. Além disso,

a solução de continuidade é a porta de entrada para bactérias e fungos que podem causar infecções, como a mastite. A presença de agentes infecciosos pode atrasar o processo de reparação, mesmo quando outros fatores como a pega e o posicionamento do bebê estão corretos¹³. A presença de dor também pode atrasar o processo de reparação, provavelmente pelo recrutamento de células inflamatórias no leito da lesão¹⁴. O tempo de cicatrização das lesões é bastante variado, podendo ocorrer por volta de 24 horas ou se prolongar até 28 dias⁷.

No período pós-parto, é comum mulheres adotarem práticas e cuidados populares para a saúde geral¹⁵; um exemplo é o costume de não comer peixe para não rachar o mamilo. Incluem-se nessas práticas aquelas relacionadas aos cuidados com feridas, principalmente sobre a terapêutica tópica^{16,17}. Tais práticas, se inapropriadas, podem comprometer o processo cicatricial de uma lesão mamilar e, conseqüentemente, dificultar a amamentação e determinar o desmame precoce.

Nesse sentido, considerando os riscos associados ao TM e a importância da amamentação, este estudo teve como objetivo conhecer os cuidados adotados por mulheres que apresentaram TM durante o pós-parto.

Espera-se que os resultados desta pesquisa ofereçam subsídios aos profissionais de saúde para que, em atividades educativas, enfatizem os riscos de cuidados inapropriados à evolução positiva do TM, contribuindo para a melhoria do atendimento à nutriz.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. Na perspectiva das lesões elementares dermatológicas, podem ser consideradas lesões mamilares: o eritema, a equimose, o edema, a vesícula, a erosão, a ulceração, a escoriação e a fissura. Contudo, como não há uma padronização entre os autores para sua definição e classificação, nesta investigação é usado o termo geral trauma⁷.

A população foi composta por 112 mulheres e o critério de inclusão foi ter mais de 18 anos e filhos em idade inferior a 2 anos. A seleção foi realizada por conveniência. Os dados foram coletados em parques e praças da zona leste da cidade de São Paulo. A escolha de uma área pública e não um serviço de saúde foi uma estratégia adotada para que as participantes respondessem aos questionários de forma mais espontânea, sem receio de não corresponderem ao que é preconizado ou informado nos serviços.

Para o levantamento dos dados, foi aplicado um formulário anônimo, construído especificamente para o estudo e composto por questões fechadas e abertas. Partiu-se da seguinte questão: você está amamentando ou amamentou nos últimos 12 meses? Em seguida, o questionário foi dividido em dois blocos. Para aquelas que amamentaram, buscou-se conhecer: incidência do TM, cuidados realizados no pré e pós-parto, fonte do conhecimento e se conheceram outras mulheres que apresentaram o problema e como elas lidaram com o mesmo. No segundo bloco, para aquelas participantes que não amamentaram, investigou-se o motivo e se o TM foi determinante para o desmame. Para respostas afirmativas, foram investigadas as mesmas questões do grupo anterior; já para negativas, se conheceram mulheres que tiveram o problema e como elas cuidaram do quadro. Durante as entrevistas, o termo trauma foi substituído por ferida e rachadura, quando necessário, buscando adaptação ao vocabulário popular referente ao problema estudado.

A análise das informações foi realizada com base na estatística descritiva. Os aspectos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos foram respeitados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, conforme registro na Plataforma Brasil, CAAE 387 54314.7.0000.5390.

RESULTADOS

Participaram do estudo 112 mulheres com idade mínima de 18 anos e máxima de 42, sendo a média de 26,6 anos. A idade do bebê variou de 1 mês a 2 anos, sendo a média de idade 8,9 meses. Todas as mulheres entrevistadas amamentaram variando apenas o período.

Do total, verificou-se que 77 (68,7%) estavam amamentando no momento da coleta de dados, 16 (14,2%) não estavam amamentando, mas amamentaram no último ano, e 19 (16,9%) não estavam amamentando ou não amamentaram no último ano, mas chegaram a amamentar por curto período.

Dados sobre as mulheres que estavam amamentando e amamentaram nos últimos 12 meses

Do total de 93 mulheres que estavam amamentando e amamentaram nos últimos 12 meses, 41 (44,1%) observaram

algum tipo de trauma no mamilo durante a amamentação, sendo que 37 (90,2%) observaram lesão em ambas as mamas. Constatou-se que 35 (85,4%) delas recorreram a algum tipo de tratamento. Seis (14,6%) aguardaram evolução espontânea e não souberam precisar a qualidade da recuperação. As mulheres citaram tanto cuidados únicos quanto associados, apresentados na Tabela 1.

Das 16 participantes que utilizaram pomadas, tanto associada a outras condutas quanto como tratamento exclusivo, apenas 4 (25%) souberam indicar o nome do produto ou sua composição. As pomadas mencionadas foram: pomada à base de lanolina (Memê), pomada com lanolina anidra pura (Millar e Lanidrat) e pomada composta por dexpanthenol (Bepantol).

Foi solicitado às mulheres que adotaram algum cuidado que avaliassem a conduta empregada. Para a maioria delas, o resultado foi positivo, 33 (94,2%) afirmaram melhora da condição, 1 (2,8%) não observou melhora e 1 (2,8%) referiu melhora parcial. A participante que não observou melhora usou pomada amilar e casca de banana, aconselhada por uma amiga; e a que referiu melhora parcial usou pomada, de cor amarela, recomendada pelo hospital. Todas recomendariam a outras mulheres o modo como cuidaram da lesão.

Dentre as 35 mulheres que trataram o TM, 23 (64,8%) buscaram orientações com profissionais da área da saúde, enquanto 7 (20,0%) seguiram orientações de familiares e amigos, 2 (5,7%) buscaram orientações na Internet, 1 (2,8%) por meio de revistas, 1 (2,8%) recorreu à farmácia e 1 (2,8%)

Tabela 1. Cuidados adotados por mulheres que apresentaram trauma mamilar durante a amamentação (n=35). São Paulo, 2015.

Cuidados adotados	n	%
Cuidado único		
Leite materno	14	40,0
Uso de pomada	14	40,0
Pega correta	1	2,9
Cuidados associados		
Pomada e leite materno	1	2,9
Pomada e casca de banana	1	2,9
Casca de banana e saliva do bebê	1	2,9
Luz solar, leite materno e casca de banana	1	2,9
Água quente e leite materno	1	2,9
Água quente, leite materno e casca de banana	1	2,9
Total	35	100

não soube precisar como obteve a informação. As orientações estão descritas na Tabela 2.

O questionamento sobre o conhecimento da causa do TM àquelas mulheres que apresentaram lesão resultou em 11 diferentes razões; as respostas estão relacionadas à própria mama, ao bebê, ao ambiente e ao desconhecimento da mãe em como amamentar, como apresentado na Tabela 3.

Em relação à adoção de medidas durante o pré-natal para prevenir o TM, constatou-se que 28 (30,1%) mulheres realizaram algum tipo de cuidado com as mamas, sendo que

Tabela 2. Orientações dos profissionais de saúde sobre cuidados com o trauma mamilar segundo puerperas (n=23). São Paulo, 2015.

Orientações de profissionais	n	%
Leite materno	9	39,1
Uso de pomada	8	34,8
Água quente e leite	1	4,3
Água quente, leite e casca de banana	1	4,3
Anti-inflamatório tópico	1	4,3
Luz solar, leite materno e casca de banana	1	4,3
Correção da pega	1	4,3
Uso de pomadas e leite materno	1	4,3
Total	23	100,0

Tabela 3. Causas do trauma mamilar durante a amamentação, segundo mulheres que apresentaram lesão (n=46). São Paulo, 2015.

Causas do trauma mamilar	n	%
Pega incorreta	13	28,3
Forte sucção do bebê no mamilo	6	13,0
Ressecamento do mamilo	4	8,7
Ausência do mamilo	3	6,5
Excesso de mamadas	2	4,3
Falta de orientação	2	4,3
Saliva do bebê	2	4,3
Ingurgitamento mamário	2	4,3
Falta de experiência	2	4,3
Temperatura ambiente fria	1	2,2
Bebê afoito	1	2,2
Não souberam informar	8	17,4
Total	46	100,0

10 (35,7%) observaram o trauma posteriormente durante a amamentação (Tabela 4). As respostas variaram entre cuidados secos, úmidos, aplicação de atrito, evitar produtos e proteção.

O conhecimento para realização dos cuidados durante o pré-natal foi adquirido com: 12 (42,8%) profissionais da saúde, 7 (25%) familiares e amigos, 2 (7,1%) pesquisas na Internet, 2 (7,1%) com farmacêuticos, 1 (3,5%) em curso, 1 (3,5%) sozinha e 3 (10,7%) não souberam informar a fonte.

Dados sobre as mulheres que amamentaram por curto período

As 19 (16,9%) mulheres que não estavam amamentando na data da entrevista, mas que amamentaram entre os 24 e 13 meses anteriores, afirmaram não ter apresentado TM, portanto, não foi a causa do desmame. Os motivos para a interrupção da amamentação foram relacionados à mãe (uso de medicação), ao bebê (não aceitação, deixou de mamar espontaneamente, uso de complemento por baixo peso e internação) e à mama (sem leite e ausência de mamilo).

Todas as 112 participantes foram questionadas se conheciam outras mulheres que apresentaram TM durante a amamentação. Do total, 74 (66,1%) afirmaram ter conhecimento de mulheres que apresentaram o problema, 57 (77,0%) souberam informar o cuidado prestado por essa outra pessoa, e 1 afirmou que sua conhecida não tomou nenhuma medida. Foram mencionados diversos cuidados, apresentados na Tabela 5.

Dentre as 112 participantes, 9 (8,0%) nunca haviam ouvido falar sobre o trauma, 27 (24,1%), além de não terem identificado TM em seus mamilos/aréolas, também desconheciam mulheres que apresentaram o problema.

Tabela 5. Cuidados adotados com o trauma mamilar por mulheres conhecidas das entrevistadas (n=56). São Paulo, 2015.

Cuidados adotados	n	%
Cuidado único		
Pomada	19	33,9
Leite materno	13	23,2
Casca de banana	6	10,7
Água quente	2	3,6
Batata	1	1,8
Hidratante	1	1,8
Bico de silicone	1	1,8
Cuidados associados		
Casca de banana e pomada	5	8,9
Pomada e bico de silicone	2	3,6
Casca de banana e polpa de mamão	2	3,6
Leite materno e pomada	1	1,8
Leite materno e correção da pega	1	1,8
Leite materno e sol nas mamas	1	1,8
Casca de banana e casca de melão	1	1,8
Total	56	100

Tabela 4. Cuidados para prevenção do trauma mamilar durante o pré-natal e lesão pós-parto (n=32). São Paulo, 2015.

Cuidados adotados no pré-natal	Pré-natal		Trauma mamilar no pós-parto	
	n	%	n	%
Esfregar buchas, esponjas ou toalhas nos mamilos	9	28,1	3	9,4
Aplicar pomada nos mamilos	7	21,9	1	3,1
Massagear os mamilos	5	15,6	2	6,3
Tomar sol nas mamas (antes das 10 e depois das 16 horas)	3	9,4	2	6,3
Aplicar óleo corporal nas mamas	3	9,4	1	3,1
Aprender a técnica correta para a pega	1	3,1	-	-
Evitar sabão nos mamilos	1	3,1	-	-
Evitar hidratante nos mamilos	1	3,1	1	3,1
Aplicar o próprio leite nos mamilos	1	3,1	-	-
Utilizar conchas de proteção nos mamilos	1	3,1	-	-
Total	32	100	10	31,3

DISCUSSÃO

A amamentação ocorreu para todas as mulheres, ainda que o período tenha variado entre as participantes. O TM não foi motivo de desmame ou interrupção temporária para nenhuma delas.

A maioria das mulheres que apresentaram TM optou por tratar. Quase todas mencionaram tratamentos tópicos, apenas uma afirmou ter realizado a correção da pega, embora 20 tenham citado a pega e fatores relacionados (bebê afoito e sucção forte) como causas do TM. Nenhuma falou sobre o posicionamento correto do bebê. É possível que elas não tenham associado essas condutas como parte do tratamento, limitando-se a abordar o uso de produtos locais.

A literatura mostra que a pega correta é uma medida fundamental a ser adotada na prevenção e no tratamento das lesões mamilares, já que é reconhecida como a causa maior para a ocorrência dos traumas mamilares^{1,7,10,11,18-21}. A sucção do bebê e os movimentos de mandíbula, língua e lábios realizados ao longo das frequentes mamadas promovem movimento, compressão e extensão mamilar¹². Esse processo pode ocasionar dor e dano ao tecido e, quando a pega está incorreta, há maior força de pressão intraoral do bebê, ocasionando numa maior extensão do tecido mamilar²².

A pega correta do bebê é considerada aquela que atende ao menos quatro dos cinco comportamentos: boca bem aberta, abocanhamento de todo mamilo e boa parte da aréola; língua do lactente no assoalho da boca; lábio inferior com projeção para fora; queixo do lactente tocando a mama e lactente mantendo a pega da aréola²³.

O posicionamento incorreto do bebê e da mãe durante a amamentação pode ser fator de risco ao TM^{6,20,21}. O posicionamento apropriado envolve: puérpera relaxada e lactente confortável, cabeça e corpo do lactente alinhados, corpo do lactente voltado lateralmente e próximo ao da puérpera e quadril do lactente apoiado. Já o desfavorável envolve: puérpera com ombros tensos e inclinada sobre o lactente, lactente com o pescoço e cabeça virados para a mama, corpo do lactente distante da puérpera e apenas ombros ou cabeça apoiados²³.

Tanto a pega quanto o posicionamento adequados são considerados medidas de proteção¹⁹, devem ser mantidos durante todo o processo de amamentação e todas as mães deveriam ser enfaticamente orientadas a esse respeito, uma vez que uma única intervenção sobre pega e posicionamento corretos na amamentação não é suficiente para melhorá-los ou reduzir os TM²⁴.

As duas medidas para tratamento do TM mais citadas pelas participantes, leite materno e uso de pomadas, estão amparadas nos conceitos de tratamento de feridas por meio de ambiente úmido. As evidências apontam vantagens na recuperação tecidual quando a lesão está sob hidratação controlada, tais quais: facilita o processo de cicatrização da ferida, impede a desidratação, melhora a angiogênese e a síntese de colágeno e aumenta a degradação do tecido morto e fibrina. Esses benefícios contribuem para a melhora estética da ferida e diminuição da dor. Além disso, o ambiente úmido não aumenta o risco de infecção em comparação com a terapia sob ambiente seco²⁵. Embora esse conhecimento esteja bem sedimentado, existem lacunas relacionadas ao tratamento e aos cuidados efetivos com TM.

O leite materno tem sido recomendado pelo MS e pela UNICEF para tratar o TM^{1,2}. Suas propriedades protetoras gerais são inquestionáveis, uma vez que participa da função imunitária, anti-inflamatória e do crescimento e desenvolvimento tecidual do bebê. Entretanto, os resultados de pesquisas sobre sua ação local não são conclusivos, principalmente no que diz respeito a sua superioridade comparada ao uso da lanolina. Vieira et al.²⁶ realizaram uma revisão sistemática sobre intervenções para o TM, analisando os seguintes tratamentos: lanolina, lanolina em associação com conchas de proteção, leite materno, hidrogel, revestimentos de película adesiva de polietileno, *spray* contendo clorexidina alcoólica e água destilada. A análise dos autores apontou evidências favoráveis tanto para o uso do leite materno após cada mamada quanto para o uso de lanolina isolada ou combinada à concha. Outro estudo recente, não contemplado na revisão mencionada, encontrou resultados mais favoráveis ao uso de leite materno comparado ao da lanolina anidra. Porém, a aplicação do leite foi combinada ao uso da concha de proteção dos mamilos, o que possivelmente justificaria o resultado de processo cicatricial mais rápido e melhor alívio da dor na região areolomamilar²³.

A forma de usar o leite materno é simples: recomenda-se que as mulheres espalhem o próprio leite pela região mamilar após cada mamada, sem a necessidade de qualquer limpeza do mamilo na mamada seguinte¹⁸.

Sobre o uso de pomadas, a maioria das mulheres deste estudo não soube indicar o nome do produto nem o seu componente, dificultando a análise desse dado. Importa observar que a literatura não é convergente nesse aspecto. A alegação para contraindicar produtos tópicos está baseada principalmente na possibilidade de interferirem nas propriedades

bacteriostáticas e de lubrificação fisiológicas da área do mamilo e aréola, predispondo ao surgimento do trauma. Por outro lado, a defesa, especificamente da indicação da pomada à base de lanolina, baseia-se em seus efeitos positivos no processo de cicatrização. O produto forma uma barreira que impede a perda da umidade natural das camadas mais profundas da pele e aumenta a velocidade de proliferação das células epiteliais, diminui a formação de tecido desvitalizado e crostas e, desse modo, reduz o tempo de cicatrização^{13,19}. Outra vantagem é o fato de dispensar a limpeza do mamilo antes da próxima mamada²³.

É necessário considerar que as pesquisas sobre o uso da lanolina precisam avançar, pois os resultados existentes se apoiam em procedimentos metodológicos diversos, tais como o período de acompanhamento das lesões, a formulação da lanolina (purificada ou não), a origem do produto (manipulação, laboratórios comerciais, farmácias de universidades)²⁷ e a associação ou não com outros cuidados.

Vale advertir que pomadas que necessitam de remoção deveriam ser contraindicadas durante a amamentação. Uma vez que a pele da região areolomamilar sofre frequentes fricções pela sucção do bebê nas mamadas, a necessidade de remoção de pomadas antes das mamadas gera outra fricção, o que pode facilitar o aparecimento do TM²⁴.

A despeito de estudos controversos, não há evidências sobre qualquer contraindicação para o uso do leite materno, além disso, o custo é zero e é de fácil aplicação, o que o torna bastante apropriado²⁶. Soma-se às suas vantagens as propriedades anti-infecciosas, o que, pelo menos em teoria, ajudariam também a prevenir uma importante complicação das lesões que é a mastite²⁸.

O uso da casca de banana e de melão, polpa de mamão e batata, práticas citadas pelas participantes tanto para prevenção quanto para o tratamento do TM, não encontra respaldo na literatura. No passado, acreditava-se que a utilização de produtos naturais como esses não trazia danos à saúde. Pesquisas recentes esclarecem que essas substâncias podem trazer prejuízos à saúde da mãe e do bebê. As cascas de banana e de mamão têm toxinas próprias da fruta, que em bebês menos resistentes podem causar infecções intestinais e reações alérgicas²⁹. No caso específico do mamão, um problema enfrentado com o uso da polpa da fruta é a impossibilidade de saber a concentração exata da papaína que está sendo aplicada. As nutrizas apreciam o uso da casca de melão, banana e mamão alegando que deixam a mama fresca e aliviam a dor das fissuras mamárias³⁰.

É importante ressaltar que algumas práticas de cuidados são transmitidas de geração em geração, tendo origem nos sucessos e insucessos ocorridos. O meio familiar é um importante recurso que as mulheres buscam para garantir saúde e bem-estar, porém às vezes os ensinamentos se contrapõem aos propostos pelos profissionais de saúde, sendo fundamental que as condutas prejudiciais ao bem-estar do binômio mãe e bebê sejam problematizadas junto às mulheres^{15,30}.

Foi mencionado o tratamento seco por meio de banho de luz solar. Essa prática, também encontrada em outro estudo¹⁸, pode ser mais prejudicial do que benéfica, pois, como citado anteriormente, a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme se mantiverem úmidas^{25,28}. A exposição ao sol ainda tem sido recomendada como medida preventiva¹⁸.

Não foram encontrados estudos sobre o uso de água quente para tratar a lesão; os benefícios advindos da vasodilatação resultante podem trazer algum conforto para a mãe com dor nos mamilos³¹.

Quanto ao uso da saliva do bebê como forma de tratamento do TM, os estudos analisados não mencionam esse aspecto. Talvez popularmente se estabeleça alguma associação com a maneira como os animais domésticos instintivamente tratam suas próprias feridas ao se lambem.

Conchas de proteção de mamilos não foram citadas para tratamento, foi mencionada por uma das entrevistadas como medida usada no pré-natal. Esses dispositivos são indicados por profissionais da área. O mercado nacional e internacional possui diversas marcas e opções de modelos de conchas, em vários tipos de materiais, sendo que cada um tem recomendações específicas de uso segundo seus fabricantes²³. Esses materiais devem possuir orifícios de ventilação, pois a inadequada circulação de ar no mamilo e na aréola pode reter umidade e calor, tornando o tecido mais vulnerável a macerações e infecções¹. O uso de conchas tem sido indicado no período gestacional para auxiliar na preparação e formação dos mamilos e no pós-parto para o tratamento do TM. Entretanto, o uso de conchas protetoras entre as mamadas para evitar o atrito da área lesada com a roupa é uma recomendação que necessita de avaliação de riscos e benefícios. A sua eficácia isolada não foi avaliada em estudos clínicos²³.

Intervenções que têm recomendação forte de contraindicação para TM são: limpeza especial dos mamilos com água estéril antes e após as mamadas; aplicação de pomada após cada mamada e sua remoção antes da próxima mamada e o uso do *spray* comercial cicatrizante à base de esteroide e antibiótico²⁴.

Identificou-se neste estudo que os cuidados adotados pelas conhecidas das participantes foram semelhantes aos delas próprias.

A maioria das mulheres tinha conhecimento sobre as causas do TM. Além de pega incorreta, bebê afoito e forte sucção, dois importantes fatores foram mencionados: ausência de mamilo e ingurgitamento mamário. Os bebês de mulheres com mamilos anômalos (planos, umbilicados e semiumbilicados) muitas vezes apresentam dificuldade em apreender a região do mamilo areolar adequadamente e, havendo uma insistência na tentativa de apreensão, pode ocorrer lesão. O ingurgitamento mamário também pode ser considerado causador do TM, já que provoca uma alteração no padrão de sucção do recém-nascido^{11,31}. Quanto à forte sucção do bebê no mamilo, há controvérsias, sugerindo que a própria sucção do lactente poderia ocasionar o TM²³.

As mulheres, de forma assertiva, apontaram a falta de experiência e orientação como causas do TM. Dentre as respostas incorretas (ressecamento do mamilo, saliva do bebê e temperatura ambiente) chama atenção a citação sobre o excesso de mamadas. Esse conhecimento pode interferir na prática da amamentação, levando a mulher à interrupção temporária da mamada e aumentando o risco do ingurgitamento mamário. Ressalta-se também o fato de 19,5% das mulheres que apresentaram o TM desconhecem sua causa.

Quanto ao preparo dos mamilos durante a gestação, estudos contraindicam o uso de cremes, óleos, pomadas, buchas e toalhas, pois promovem descamação da pele na região mamilo-areolar, deixando-a mais sensível e predispondo ao aparecimento de TM¹¹. Por outro lado, são positivas práticas como: aprender a técnica correta para a amamentação; banhos de sol e secagem dos mamilos íntegros ao ar livre, uma vez que o sol ajuda a camada externa da pele

íntegra a se manter seca e saudável; e aleitamento materno sob livre demanda, pois evita o ingurgitamento mamário¹⁹.

Neste estudo, identificou-se que a maioria das mulheres com TM buscou orientação da equipe de saúde. Embora medidas recomendáveis tenham sido orientadas por profissionais, medidas não recomendadas também foram indicadas, evidenciando a necessidade de atualização das equipes de saúde para o manejo do TM, fato também constatado por Montrone et al.¹⁸.

Para que o aleitamento materno tenha êxito, as mulheres necessitam do apoio de todo o sistema de saúde durante a gravidez e pós-parto. Idealmente, todos os profissionais de saúde com quem as gestantes e puérperas tenham contato devem estar comprometidos com a promoção do aleitamento materno e ser capazes de fornecer informações apropriadas³².

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram expressividade no número de nutrízes que afirmaram ter apresentado TM. Algumas possuem informações imprecisas sobre as causas da lesão, como prevenir e cuidar, constituindo-se tanto fator de risco para o surgimento do problema quanto para seu agravamento. Além disso, as mulheres revelaram que poderiam ser multiplicadoras de informação.

Verificou-se ainda que algumas informações incorretas procederam de profissionais de saúde. Dessa forma, é fundamental investir nos processos educativos das equipes de saúde para que o manejo adequado da prevenção e do tratamento do TM alcance o maior número de mulheres, contribuindo, dessa forma, para que práticas não recomendadas deixem de ser utilizadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica nº 23. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 184p.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 276p.
3. Silva EF, Muniz F, Cecchetto FH. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. Rev Enferm UFSM. 2012;2(2):434-41.
4. Fonseca AL, Albernaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, Figueiredo VL. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. J Pediatr (Rio J). 2013;89(4):346-53.
5. Oddy WH. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. J Pediatr (Rio J). 2013;89(2):109-11.

6. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão AC. Does breastfeeding position influence the onset of nipple trauma? *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):446-52.
7. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, Abrão AC. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar novo para um problema conhecido. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):346-56.
8. Barbosa MB, Palma D, Domene SM, Taddei JA, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):272-81.
9. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *Mundo Saúde*. 2008;32(4):466-74.
10. Weigert EM, Giugliani ER, França MC, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(4):310-6.
11. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão AC. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(4):341-5.
12. Elad D, Kozlowsky P, Blum O, Laine AF, Po MJ, Botzer E, et al. Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014;111(14):5230-5.
13. Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A. Positive effect of HPA lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacol Physiol*. 2011;24(1):27-35.
14. Chaves ME, Araújo AR, Santos SF, Pinotti M, Oliveira LS. LED phototherapy improves healing of nipple trauma: a pilot study. *Photomed Laser Surg*. 2012;30(3):172-8.
15. Stefanello J, Nakano AM, Gomes FA. Beliefs and taboos related to the care after delivery: their meaning for a women group. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(2):275-81.
16. Alcoforado CL, Santo FH. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. *Rev Min Enferm*. 2012;16(1):11-7.
17. Silva RS, Matos LS, Araújo EC, Paixão GP, Costa LE, Pereira A. Popular practices in health: self-care to wounds of users of medicinal plants. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):389-95.
18. Montrone AV, Arantes CI, Nassar AC, Zanon T. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. *Rev APS*. 2006;9(2):168-74.
19. Coca KP, Abrão AC. An evaluation of the effect of lanolina in healing nipple injuries. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):11-6.
20. Moraes M, Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. *Arch Pediatr Urug*. 2011;82(1):10-7.
21. Abd-Elsalam S, Hamido S, Howyida SA. Effect of using pharmacological versus alternative therapy on traumatic nipples for lactating mothers. *J Am Sci*. 2011;7(11):485-96.
22. McClellan HL, Kent JC, Hepworth AR, Hartmann PE, Geddes DT. Persistent nipple pain in breastfeeding mothers associated with abnormal infant tongue movement. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):10833-45.
23. Vieira F. Efeito da lanolina anidra comparado ao leite materno combinado à concha de proteção para tratamento da dor e do trauma mamilar em lactantes: ensaio clínico randomizado [Tese de doutorado]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2013.
24. Costa AA, Souza EB, Guimarães JV, Vieira F. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2013;15(3):790-801.
25. Junker JP, Kamel RA, Caterson EJ, Eriksson E. Clinical impact upon wound healing and inflammation in moist, wet, and dry environments. *Adv Wound Care*. 2013;2(7):348-56.
26. Vieira F, Bachion MM, Mota DD, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):116-25.
27. Joanna Briggs Institute (JBI). The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. *Aust Nurs J*. 2009;17(2):32-5.
28. Giugliani ER. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr*. 2004;80(5 Supl):S147-4.
29. Vaucher AL, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev Eletr Enferm*. 2005;7(2):207-14.
30. Acosta DF, Gomes VL, Kerber NP, Costa CF. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1327-33.
31. Shimoda GT, Silva IA, Santos JL. Características, frequência e fatores presentes na ocorrência de lesão de mamilos em nutrizes. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):529-34.
32. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):259-67.

Avaliação da Atividade Cicatricial do *Aloe vera* em Feridas em Dorso de Ratos*

Cicatricial Activity Evaluation of Aloe vera on Wounds in Rats

Cicatricial Actividad Evaluación de Aloe vera en Heridas en Ratas

Patrícia Lima Mercês¹, Lilhian Alves de Araújo¹, Ana Carolina Vicente Araújo¹,
Maísa Helena de Abreu Silva Santos¹, Susy Ricardo Lemes¹, Paulo Roberto de Melo-Reis¹

RESUMO

A *Aloe vera*, popularmente conhecida como babosa, é uma das plantas mais utilizadas no tratamento de feridas, visto que inúmeras pesquisas relatam suas propriedades cicatrizantes e anti-inflamatórias. O objetivo do estudo foi avaliar a influência da *Aloe vera* na atividade cicatricial de feridas induzidas em dorso de ratos. Foram utilizados 15 ratos saudáveis da espécie *Rattus norvegicus albinus*. Por intermédio da criação de uma lesão no dorso de cada rato utilizando um molde do tamanho retangular 2,0 x 3,0 cm, foi aplicado o gel de *Aloe vera*, solução teste, além dos controles positivo e negativo. Os resultados na avaliação macroscópica demonstraram que 100% dos ratos tratados com o gel de *Aloe vera* apresentaram um fechamento completo das lesões no 21º dia do experimento. O grupo controle positivo obteve 40% das amostras com fechamento completo. A análise estatística demonstrou, no entanto, que não houve diferença significativa entre o grupo teste e o grupo controle positivo ($p > 0,05$), porém houve diferenças ($p < 0,05$) entre o grupo teste e o controle negativo. Por meio dos resultados obtidos, concluiu-se que o gel de *Aloe vera* apresenta potencial aplicabilidade farmacêutica para o tratamento de feridas, podendo apresentar componentes isolados pró-angiogênicos.

DESCRIPTORIOS: Babosa. Cicatrização. Fitoterapia. Estomaterapia.

ABSTRACT

The *Aloe vera*, popularly known as aloe, is one of the plants most commonly used in the treatment of wounds, since numerous studies reporting their anti-inflammatory and cicatrizing properties. The aim of the study was to evaluate the influence of *Aloe vera* in the healing activity of wounds induced in rats. Fifteen healthy rats *Rattus norvegicus albinus* were used. By creating a lesion on the back of each rat using a rectangular size of 2.0 x 3.0 cm mold, *Aloe vera* gel has been applied, the test solution, in addition to positive and negative controls. The results in macroscopic evaluation showed that 100% of the mice treated with *Aloe vera* gel showed a complete closing of the injury on day 21 of the experiment. The positive control group had 40% of the samples with complete closure. Statistical analysis showed, however, that there was no significant difference between the test group and the control group ($p > 0.05$), however there were differences ($p < 0.05$) between the test group and the negative control. From the results obtained, it was concluded that the *Aloe vera* gel has potential pharmaceutical applicability for the treatment of wounds, and may have a single component pro-angiogenic.

DESCRIPTORS: Aloe. Wound healing. Phytotherapy. Stomatherapy.

Endereço para correspondência: Rua 232, 128, 3º Andar, Sala 5 – CEP: 74605-010 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: patricialimamercês@gmail.com

*Artigo retirado de Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde com título "Avaliação das Atividades Angiogênica e Cicatricial do Extrato de *Aloe vera* (*Aloe barbadensis*)", defendida por Patrícia Lima Mercês em maio de 2015 na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

¹Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – Goiânia (GO), Brasil.

Artigo recebido em: 07/03/2016 – Aceito para publicação em: 21/06/2016

RESUMEN

La Aloe vera, popularmente conocido como aloe, es una de las plantas más utilizadas en el tratamiento de heridas, ya que numerosos estudios relatan sus propiedades cicatrizantes y antiinflamatorias. El objetivo del estudio fue evaluar la influencia de Aloe vera en la actividad cicatricial de heridas inducidas en dorso de ratones. Fueron utilizados 15 ratones sanos de la especie *Rattus norvegicus albinus*. Mediante la creación de una lesión en el dorso de cada ratón utilizando un molde de tamaño rectangular de 2,0 x 3,0 cm, fue aplicado el gel de Aloe vera, solución test, además de los controles positivo y negativo. Los resultados en la evaluación macroscópica demostraron que 100% de los ratones tratados con el gel de Aloe vera presentaron un cierre completo de las lesiones en el día 21 del experimento. El grupo de control positivo obtuvo 40% de las muestras con cierre completo. El análisis estadístico demostró, mientras tanto, que no hubo diferencia significativa entre el grupo test y el grupo control ($p > 0,05$), sin embargo hubo diferencias ($p < 0,05$) entre el grupo test y el control negativo. De los resultados obtenidos se concluye que el gel de Aloe vera tiene potencial de aplicabilidad farmacéutica para el tratamiento de heridas, pudiendo presentar componentes aislados pro-angiogénicos.

DESCRIPTORES: Aloe. Cicatrización. Fitoterapia. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

As plantas são utilizadas pelo homem, desde o início de sua história, para o tratamento de diversas doenças, e o uso de substâncias de origem vegetal ou animal para fins medicinais continua sendo um hábito frequente nas culturas dos mais diferentes povos do planeta^{1,2}. Inúmeras pesquisas relatam que, apesar do desenvolvimento de fármacos sintéticos, as plantas medicinais continuam sendo uma alternativa no tratamento de diversas doenças em várias regiões do mundo³.

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 80% da população de países em desenvolvimento faça uso de plantas para o tratamento de alguma doença⁴. Esse fato pode ser explicado tanto por questões culturais quanto pelo acesso limitado aos serviços de saúde e, nos países desenvolvidos, pelo modismo de consumir produtos naturais⁵.

No Brasil, 82% da população utiliza produtos à base de plantas medicinais, muitos desses com pouca ou nenhuma comprovação científica quanto às suas propriedades farmacológicas e à sua eficácia. O uso desses produtos é difundido principalmente pelo conhecimento popular transmitido de geração a geração⁶. Em contrapartida, as últimas décadas vivenciaram importantes avanços com a formulação e implementação de políticas públicas visando à utilização das plantas medicinais e derivados e sua inserção na rede de saúde. Porém, diante do potencial observado na flora brasileira, por sua biodiversidade, é imprescindível a ampliação do investimento em pesquisas, para que os usuários desses produtos tenham acesso a eles com qualidade, eficácia e segurança^{7,6}.

Inúmeros vegetais apresentam um grande potencial no tratamento e na cicatrização de feridas, sendo utilizados em vários países para tratar lesões de etiologias distintas⁸. Atualmente, estudos experimentais utilizando plantas medicinais e outros compostos que atuam na cicatrização estão sendo desenvolvidos, e já existem no mercado produtos de origem vegetal para fins medicinais⁹.

Uma importante planta medicinal utilizada na cultura popular para o tratamento de vários tipos de lesões cutâneas é a *Aloe barbadensis*, conhecida popularmente no Brasil por babosa. Essa planta de origem africana pertence à família das Liliáceas, assemelha-se a um cacto e cresce em climas tropicais. Há mais de 300 espécies de *Aloe* catalogadas, porém, como a maioria é venenosa, somente 4 espécies são seguras quanto ao uso em seres humanos, merecendo destaque as espécies *Aloe arborensis* e *Aloe barbadensis*, sendo esta última a de maior concentração em nutrientes em seu gel (comumente denominada de *Aloe vera*), fato que caracteriza seu amplo uso na medicina curativa¹⁰⁻¹².

A ação terapêutica da *Aloe vera* é citada em inúmeros trabalhos experimentais e tem sido utilizada na medicina tradicional na cura de diversos males, dentre eles lesões da pele, como queimaduras, danos por irradiação, úlceras venosas e isquêmicas. A *Aloe vera* apresenta também ação cicatrizante, anti-inflamatória, protetora da pele, devido, fundamentalmente, ao seu poder emoliente e suavizante, além de conter as vitaminas C, E e do complexo B e ácido fólico, aminoácidos essenciais e polissacarídeos que estimulam o crescimento dos tecidos e a regeneração celular¹³⁻¹⁵.

Vários relatos afirmam que *Aloe vera* tem influência benéfica na cicatrização de feridas em ratos normais

e diabéticos, por exercer efeito estimulante imunológico, ativando os macrófagos¹⁶. O processo de cicatrização ou reparação pode ser dividido em três estágios distintos, mas sobrepostos. Na fase inflamatória, que pode ser intensa ou duradora, dependendo do grau de lesão tecidual, ocorre o recrutamento e a proliferação dos fibroblastos. O segundo estágio, chamado de fase proliferativa, é caracterizado pela deposição do colágeno, da angiogênese, para formar o tecido cicatricial. No terceiro e último estágio, o colágeno extracelular é remodelado e disposto em feixes paralelos. A derme regenerada, entretanto, difere da derme saudável, uma vez que certos componentes da pele, depois de lesados, não podem ser recuperados, como os folículos pilosos e as glândulas sudoríparas^{16,17}.

O uso tópico da *Aloe vera* tem o papel de fornecer mais oxigênio, aumentando a vascularização e a quantidade de colágeno para que o processo de cicatrização aconteça. Com seu uso, o tecido é desinflamado, ocorrendo a multiplicação das células epiteliais^{10,18}. Diante do exposto, este estudo buscou avaliar os efeitos da *Aloe vera* (*Aloe barbadensis*) em relação à sua atividade cicatricial, mediante a realização de experimentos *in vivo*, utilizando como modelo experimental lesões induzidas em dorso de ratos.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no Laboratório de Estudos Experimentais Biotecnológicos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC), em Goiânia, após a aprovação pela Comissão de Ética de Uso de Animais (CEUA) da instituição, sob o Protocolo nº 0007-1. Os animais foram mantidos do início ao fim da pesquisa para coleta de dados e avaliação clínica, sendo obedecidos os princípios éticos em experimentação animal preconizados pela CEUA.

Obtenção do gel de *Aloe vera* (*Aloe barbadensis*)

O extrato glicólico de *Aloe vera* foi adquirido da empresa farmacêutica de manipulação Vitória Régia, CNPJ nº 04.270.183/0002-05, localizada em Araguaina, Tocantins, manipulado pelo farmacêutico Lucas Corrêa Mendes (CRF-TO 1512). Foi utilizado *Aloe vera* a 10% em gel, fabricado em 28 de abril de 2014 e com vencimento em 28 de setembro de 2014 sob o Registro nº 153131.

Composição

O *Aloe vera* em gel a 10% foi composto por: extrato glicólico de *Aloe vera* – 10 mL e Gel hidro-alcóolico qsp – 100 g. O extrato glicólico de *Aloe vera* foi composto por: mucilagem de *Aloe vera* – 500 g, álcool de cereais a 80°GL – 950 mL, e propilenoglicol – 50 mL.

Amostragem experimental

Para realizar a pesquisa foram utilizados 15 ratos, saudáveis, da espécie *Rattus norvegicus albinus*, Rodentia mammalia, oriundos do Biotério da PUC-GO, apresentando peso corpóreo entre 200 e 300 g e faixa etária entre 2 e 3 meses no dia do experimento. Esses animais foram ambientados e climatizados por 10 dias, para adaptação, recebendo água e ração balanceada *ad libitum*. Foram utilizados no estudo os animais que apresentaram condições físico-clínicas apropriadas para realização da pesquisa (n=15), seguindo as normas da CEUA.

Os animais foram alojados em gaiolas individuais de polipropileno, forradas com maravalha, conforme padrões internacionais. A maravalha foi trocada a cada três dias. O laboratório para alojamento dos animais apresentava-se arejado e com temperatura média de 21°C, com sistema de ventilação e ciclo de claro-escuro (claridade 07h00–19h00, escuro 19h00–07h00). A alimentação (água e ração) foi suspensa 8 horas do antes do experimento, sendo retomada 4 horas após a recuperação dos sentidos da indução anestésica.

Anestesia, tricotomia e excisão da pele

Os animais foram anestesiados com quetamina (87 mg/kg) e xilazina (13 mg/kg) por via intraperitoneal. Após indução anestésica, os ratos foram posicionados em decúbito ventral, colocados em prancha de acrílico e submetidos à tricotomia da região dorsal com o auxílio de lâmina específica para realização do procedimento. A excisão foi realizada utilizando um molde do tamanho retangular 2,0 x 3,0 cm para retirada do fragmento constituído de pele e tecido subcutâneo. Todo o procedimento cirúrgico foi realizado utilizando técnica séptica.

Em seguida, os animais foram identificados de 1 a 15, com tinta de pincel permanente, nas orelhas e na cauda. As gaiolas nas quais os animais foram alojados também receberam a mesma identificação.

A escolha do dorso do rato para a excisão da pele teve como objetivo impedir que o próprio animal conseguisse atingir a lesão, além de ser um modelo amplamente utilizado nos trabalhos de cicatrização. O processo cicatricial foi avaliado por observação macroscópica da lesão e por registro fotográfico nos dias 0, 7, 14 e 21.

Grupos experimentais e tratamento tópico

Os animais foram distribuídos aleatoriamente em grupos conforme o agente tópico estudado, sendo:

- Grupo R – animais com numeração de 1 a 5 – controle positivo;
- Grupo AV – animais com numeração de 6 a 10 – solução teste *Aloe vera* a 10%;
- Grupo SF – animais com numeração de 11 a 15 – controle negativo.

Em todos os grupos (R, AV e SF) foram realizados curativos diários com a aplicação do produto correspondente até a cicatrização total da ferida. Após a excisão da pele e a identificação do animal, foi realizado o primeiro registro fotográfico e aplicado o agente tópico específico de cada grupo. Em seguida, ocorreu novamente o registro fotográfico apresentando o produto aplicado na lesão. Não foi utilizada nenhuma cobertura secundária nas lesões dos indivíduos de cada grupo (Figura 1).

Descrição da realização dos curativos

Os curativos foram feitos diariamente no mesmo horário, precedidos de atividade antisséptica na bancada e prancha de

acrílico utilizada no momento do curativo. Foi utilizado frasco de 250 mL de solução salina 0,9%, previamente aquecida em uma estufa a 37°C perfurada com agulha 40 x 12 mm.

Os ratos foram dispostos um por vez na prancha de acrílico e tiveram o local da lesão irrigado com solução salina a 0,9%, para remoção de sujidades e restos de tecido dérmico. Após a remoção do excesso da solução da área peri-ferida com gazes, foi colocado 1 mL da terapia tópica na lesão de acordo com cada grupo. Posteriormente, aspirou-se 1 mL do tópico para deposição na espátula, a fim de realizar a aplicação nos ratos. A espátula foi descartada após cada aplicação e foi utilizada uma seringa para cada grupo do experimento.

No momento da realização dos curativos fez-se a avaliação macroscópica das lesões quanto ao tamanho e à presença de esfacelo ou crosta (necrose) e de exsudato (purulento ou sanguinolento).

Avaliação da evolução da cicatrização

Por meio de câmara digital Sony Cyber-shot (8.1 megapixels), foram obtidas as imagens das lesões induzidas na pele, em tamanho 640 X 480 pixels e formato de RGB 24 bites, sem aproximação de zoom à distância de 24 cm.

As avaliações e os curativos foram realizados diariamente. A área correspondente à ferida da pele foi medida pela utilização do programa IMAGEJ. Os dados obtidos foram arquivados em planilha de cálculo do programa Excel, Microsoft®, para posterior quantificação das áreas e respectivas comparações.

Análise estatística

A avaliação da cicatrização nos 3 grupos experimentais foi realizada nos dias 7, 14 e 21. Foram comparadas as áreas das

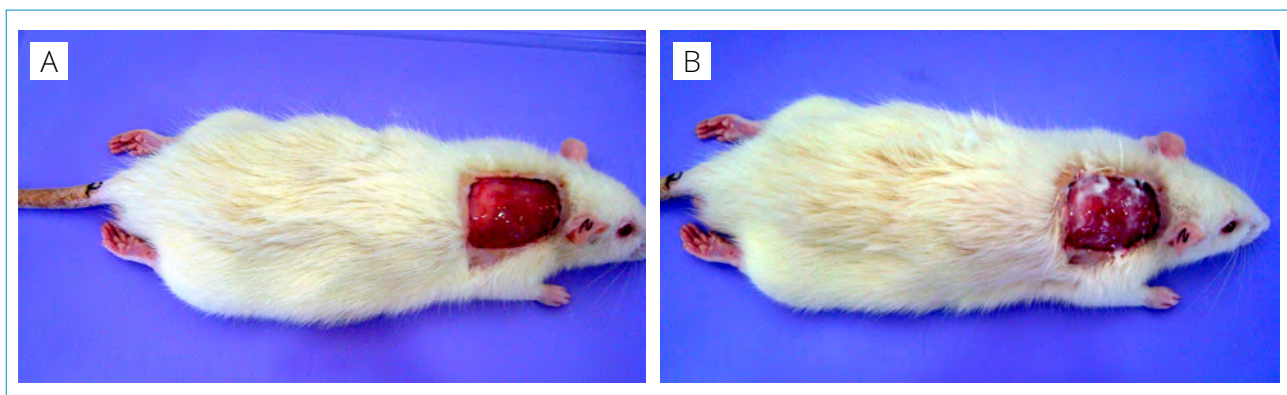


Figura 1. Grupo R: sem o produto (A) e com o produto (B).

lesões pelo teste F (ANOVA) e, posteriormente, foi feita a comparação entre as médias das áreas lesadas pelo teste de Tukey. O valor de p foi considerado significativo quando menor que 0,05.

RESULTADOS

Após a realização da excisão da pele de todos os animais, eles se recuperaram satisfatoriamente da anestesia. Houve apenas 1 óbito 24h após o início do experimento, e o animal foi imediatamente substituído. Nos demais dias do experimento não houve nenhuma complicação. As avaliações e os curativos foram realizados diariamente (Quadro 1).

Os Grupos R e AV apresentaram maior velocidade no fechamento das feridas em relação ao Grupo SF. A área da ferida diminuiu gradativamente da periferia para o centro (Figura 2). No dia zero, as médias das áreas excisadas foram comparadas entre si, não apresentando diferenças estatísticas significantes ($p>0,05$). Na observação das regiões lesionadas no sétimo dia de evolução, também não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos ($p>0,05$). Progredindo a avaliação da cicatrização nos dias 14 e 21, os Grupos R e AV não apresentaram diferenças significantes, respectivamente. Entretanto, houve diferença no Grupo SF, quando comparado aos Grupos R e AV, nos 14º e 21º dias de evolução ($p<0,05$) (Figura 2).

Quadro 1. Avaliação macroscópica das lesões no dorso dos ratos.

Dias		Crosta	Esfacelo	Tecido de granulação	Exsudato sanguinolento	Tecido de epitelização	Fechamento parcial	Fechamento total
1-2	Grupo R	--	-	--	5	----	--	--
	Grupo AV	--	-	--	5	----	--	--
	Grupo SF	--	-	--	5	----	--	--
3	Grupo R	1	-	2	2	----		
	Grupo AV	----	-	5	---	----	----	----
	Grupo SF	----	-	5	---	----	----	----
4-6	Grupo R	1	3	1	----	----	----	----
	Grupo AV	1	3	1	----	----	----	----
	Grupo SF	5	-	-----	----	----	----	----
7-9	Grupo R	----	5	-----	----	----	----	----
	Grupo AV	----	5	-----	----	----	----	----
	Grupo SF	5	-	-----	----	----	----	----
10-13	Grupo R	----	-	5	-----	5	----	----
	Grupo AV	----	-	5	-----	5		----
	Grupo SF	4	-	1	-----	5	5	----
14-20	Grupo R	----	-	----	----	5	5	----
	Grupo AV	----	-	----	----	5	5	----
	Grupo SF	----	-	-----	----	5	5	----
21	Grupo R	----	-	----	----	----	3	2 s/ retração
	Grupo AV	----	-	-----	----	----	----	5 c/ retração
	Grupo SF	----	-	----	----	----	5	----

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram que a *Aloe vera*, em comparação ao Regederm[®], não apresentou uma diferença estatística pelo teste de Tukey, demonstrando, assim, que a atividade cicatricial da *Aloe vera* é igual à do Regederm[®], que já possui comprovação científica na cicatrização de feridas¹⁸.

Durante 21 dias foi observado o processo de cicatrização, com registros fotográficos nos dias 0, 7, 14 e 21; os curativos foram feitos diariamente, no mesmo horário, com técnica asséptica. A avaliação macroscópica permitiu o acompanhamento de todo o processo de cicatrização da lesão, em que foram avaliadas a presença de distúrbios hemorrágicos e a formação de crostas e de exsudato (Quadro 1).

Durante o experimento nenhum rato apresentou hemorragia e exsudato, porém houve a formação de crostas entre o terceiro e o sétimo dia, assim como a presença de uma

pequena camada de fibrina entre o sétimo e o décimo dia. Observou-se ainda a presença de tecido de granulação em todos os indivíduos desde o terceiro dia.

A crosta formada nos ratos de todos os grupos foi retirada no sétimo dia do experimento por meio de desbridamento mecânico utilizando técnica de *cover*, pois a permanência das cascas retardaria o processo de cicatrização. Após a realização do desbridamento, apenas os ratos do Grupo SF voltaram a apresentar crostas, que foram retiradas decorrer dos dias no momento da realização dos curativos.

A diminuição das lesões pôde ser observada no grupo com *Aloe vera* a partir do sétimo dia, iniciando-se das margens da lesão para o leito. No 14º dia, 100% ratos do Grupo AV já apresentavam cicatrização quase total da lesão, enquanto os Grupos R e SF ainda apresentavam cicatrização parcial. Desse modo, verificou-se que o tempo de cicatrização do Grupo AV foi menor em relação aos Grupos R e SF. No 21º dia do experimento, o fechado total das lesões foi verificado

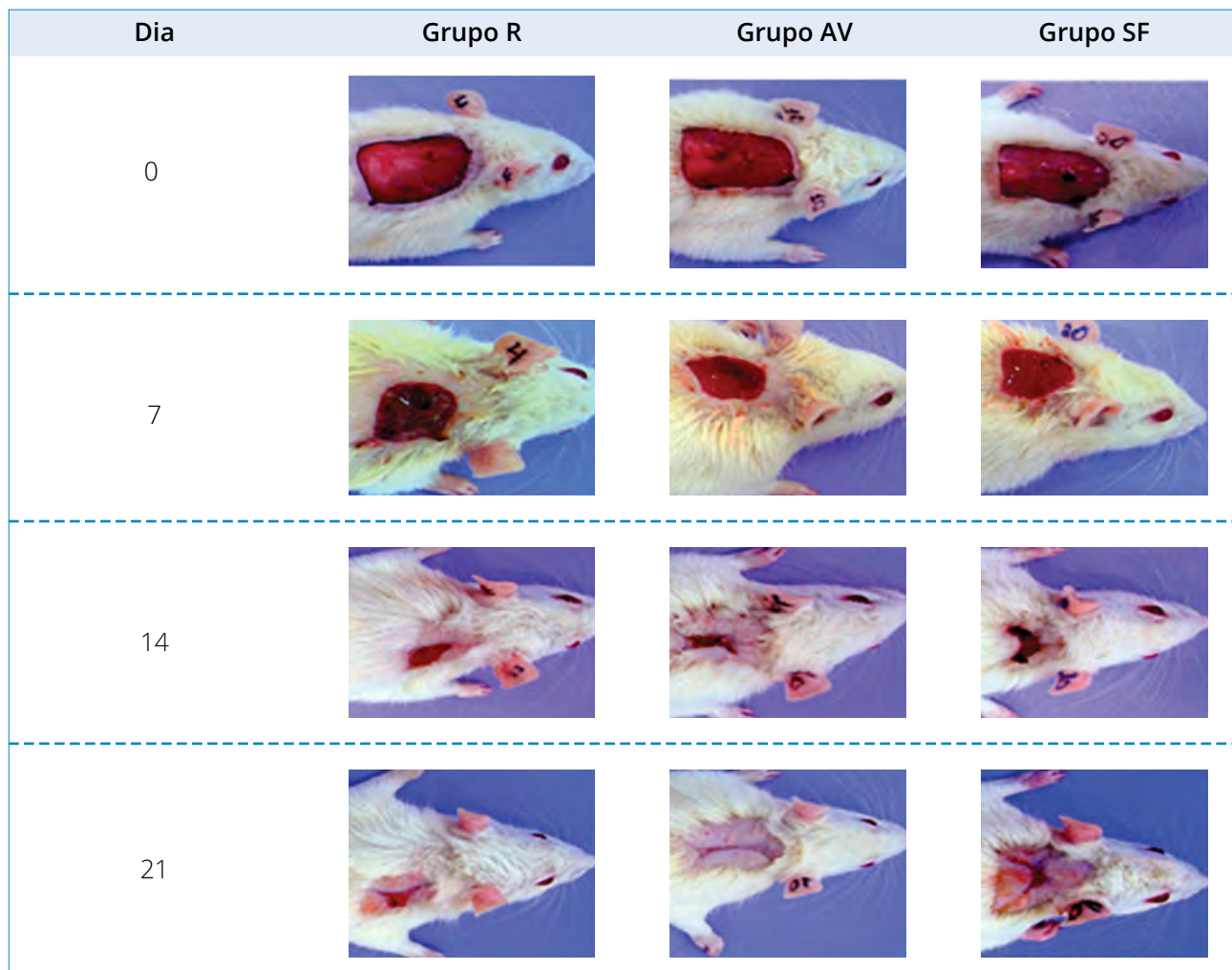


Figura 2. Demonstração da velocidade de cicatrização da cada grupo.

em 100% dos ratos do Grupo AV, em 40% no Grupo R e em apenas 20% no Grupo SF.

Diferentes estudos relatam que a *Aloe vera* possui atividade cicatricial em feridas, especialmente as cutâneas. Esse vegetal tem capacidade de manter a ferida úmida, facilitando a migração celular epitelial, permitindo que a maturação do colágeno ocorra mais rapidamente, além de reduzir o tempo de inflamação da lesão^{19,20}. Além disso, esse vegetal contém uma glicoproteína que promove a atividade celular, aumentando o fornecimento de sangue e, conseqüentemente, a oxigenação para lesão²¹.

É importante ressaltar que esse vegetal apresenta importantes constituintes, como as aloínas A, B2 e C, cromonas, açúcares como glucose, manose e celulose, enzimas como oxidase, amilase e catalase, além das vitaminas B1, B2, B6, C, E e ácido fólico, e minerais como o cálcio, sódio, magnésio, zinco, cobre e cromo²². As folhas da *Aloe vera* dispõem-se sob a forma de mucilagem (gel), a qual é constituída por glicoproteínas e polissacarídeos que impedem o processo inflamatório e a dor, aceleraram a cicatrização e estimulam o crescimento da pele. O gel dessa planta pode ser usado para o tratamento de feridas internas e externas^{23,24}.

A propriedade cicatricial da *Aloe vera* está relacionada a um importante composto denominado glucomanano, o qual é enriquecido com polissacarídeos como a manose. Estudos demonstram que essa substância, além de estimular a liberação do fator de crescimento vascular endotelial (VEGF), interfere na ação do fator de crescimento fibroblástico, estimulando a atividade e a proliferação de células fibroblásticas e, por sua vez, contribuindo para a produção de colágeno e secreções. A mucilagem da *Aloe vera* também aumenta o número de ligações transversais entre as proteínas de colágeno, criando uma mudança na estrutura de colágeno, a qual resulta no aceleração do processo cicatricial^{25,26}.

Outras pesquisas apontam que a mucilagem desse vegetal acelera a cicatrização de feridas presentes em ratos com diabetes devido ao seu potencial em elevar a taxa de expressão do gene codificador de VEGF e fator de crescimento transformador (TGF) β -1 na região lesada. Desse modo, o TGF- β 1 estimula a produção de fibroblastos para a reconstrução da matriz extracelular no local da ferida. Assim, o emprego do gel de *Aloe vera* tem sido destinado à cicatrização de feridas em menor tempo possível, com redução de dor e cicatrizes^{27,28}.

A aceleração da cicatrização utilizando a *Aloe vera* em feridas no dorso de ratos também já foi detectada em estudos²⁹. Além disso, experimentos de queimaduras induzidas no dorso de ratos demonstraram que a *Aloe vera* reduziu o tempo de cicatrização das lesões, quando comparada com o agente cicatricial sulfadiazina de prata^{30,31}.

Um estudo realizado utilizando *Aloe vera* a 3% em pacientes com úlceras por pressão verificou que, apesar de não ter ocorrido uma diminuição das lesões, o uso contínuo do gel proporcionou o amolecimento do tecido necrótico, possibilitando sua excisão em um curto período de tempo. Esse evento é importante no cuidado de feridas crônicas, já que a presença de tecido necrótico retarda o processo cicatricial e propicia a infecção³².

CONCLUSÃO

A partir dos métodos e das condições empregadas neste estudo, os resultados permitiram concluir que o extrato de *Aloe vera* apresentou uma velocidade de cicatrização semelhante ao controle positivo, além de demonstrar, na avaliação estética cicatricial, pequenas retrações sem elevação. Desse modo, infere-se que seu extrato e seus possíveis componentes pró-angiogênicos isolados apresentam potencial aplicabilidade farmacêutica no tratamento de feridas.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro FM, Silva MJPD, Borges LL, Albernaz LC, Costa JDP. Tendências dos estudos com plantas medicinais no Brasil. *Rev Sapiência*. 2014;3(2):44-75.
2. Nicoletti MA, Carvalho KC, Oliveira JRMA, Bertasso CC, Caporossi PY, Tavares APL. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes. *Rev Saúde*. 2010;4(1):25-39.
3. Badke MR, Budó MDLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. *Texto Contexto – Enferm*. 2012;21(2):363.
4. WHO – World Health Organization. Regional office for the Western Pacific. Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines. Manila: WHO; 1993. 86p.

5. Brasil. Práticas Integrativas e Complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n. 31, 156p).
6. Rodrigues AG, De Simoni C. Plantas medicinais no contexto de políticas públicas. Informe Agropecuário. 2010;31(255):7-12.
7. Brasil. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p.
8. Thakur RJN, Pathak RE, Sandhu SS. Practices in Wound Healing Studies of Plants. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011;2011(Article ID 438056):17. doi:10.1155/2011/438056. 2011.
9. Vargas NRC, Ceolin T, Souza ADZD, Mendieta MDC, Ceolin S, Heck RM. Plantas medicinais utilizadas na cicatrização de feridas por agricultores da região sul do RS. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2014;6(2):550-60.
10. Dat AD, Poon F, Pham KBT, Doust J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(2):CD00876.
11. Bomtempo M. O livro definitivo do Aloe vera, a planta milenar da saúde. Brasília: Thesaurus; 2012. 104p.
12. Bhat G, Kudva P, Dodwad V. Aloe vera: nature's soothing healer to periodontal disease. J Indian Soc Periodontol. 2011;15(3):205-9.
13. Oliveira SHS, Soares MJGO, Rocha RS. Uso de cobertura com colágeno e Aloe Vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):346-51.
14. Domansky RC, Borges EL. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências. Rio de Janeiro: Rubio; 2012. 270p.
15. Gogia PP. Feridas: tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.; 2003.
16. Khan AW, Kotta S, Ansari SH, Sharma RK, Kumar A, Ali J. Formulation development, optimization and evaluation of aloe vera gel for wound healing. Pharmacogn Mag. 2013;9(Suppl 1):S6-S10.
17. King TC. Patologia; Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. 436p.
18. Ferreira M, Mendonça RJ, Coutinho-Netto J, Mulato M. Angiogenic properties of natural rubber latex biomembranes and the serum fraction of *Hevea brasiliensis*. Braz J Phys. 2009;39(3):564-69.
19. De Paula Ramos A, Pimentel LC. Ação da Babosa no reparo tecidual e cicatrização/Effectiveness of Aloe vera on the tissue repair and healing process. Braz J Health. 2011;1:40-8.
20. Wynn RL. Aloe vera gel: update for dentistry. Gen Dent. 2005;53(1):6-9.
21. Gupta VK, Seema M. Pharmacological Attribute of Aloe Vera: Revalidation through Experimental and Clinical Studies. Ayu. 2012;33(2):193-6.
22. Surjushe A, Vasani R, Saple D. Aloe vera: a short review. Indian J Dermatol. 2008;53(4):163-6.
23. Moreira LRS, Filho EXF. An overview of mannan structure and mannan-degrading enzyme systems. Appl Microbiol Biotechnol. 2008;79(2):165-78.
24. Eshun K, He Q. Aloe vera: a valuable ingredient for the food, pharmaceutical and cosmetic industries - a review. Crit Rev Food Sci Nutr. 2004;44(2):91-6.
25. Boudreau MD, Beland FA. An evaluation of the biological and toxicological properties of Aloe barbadensis (Miller), Aloe vera. J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev. 2006;24(1):103-54.
26. Majewska I, Gendaszewska-Darmach E. Proangiogenic activity of plant extracts in accelerating wound healing-a new face of old phytomedicines. Acta Biochim Pol. 2011;58(4):449-60.
27. Freitas VS, Rodrigues RAF, Gaspi FOG. Pharmacological activities of Aloe vera (L.) Burm. f. Rev Bras Plantas Med. 2014;16(2):299-307.
28. Atiba A, Ueno H, Uzuka Y. The effect of aloe vera oral administration on cutaneous wound healing in type 2 diabetic rats. J Vet Med Sci. 2011;73(5):583-9.
29. Hashemi SA, Madani SA, Abediankenari S. The review on properties of Aloe vera in healing of cutaneous wounds. Biomed Res Int. 2015;2015:714216.
30. Faleiro CC, Elias STH, Cavalcanti LC, Cavalcanti ASS. O extrato das folhas de babosa, Aloe vera na cicatrização de feridas experimentais em pele de ratos, num ensaio controlado por placebo [Internet]. [cited 2015 Nov 06]. Natureza online. 2009;7(2):56-60. Disponível em: http://www.naturezaonline.com.br/natureza/conteudo/pdf/01_faleiroetal_5660.pdf.
31. Akhoondinasab MR, Akhoondinasab M, Saberi M. Comparison of Healing Effect of Aloe Vera Extract and Silver Sulfadiazine in Burn Injuries in Experimental Rat Model. World J Plast Surg. 2014;3(1):29-34.
32. Simão CMF, Poletti NAA, Rodrigues CDS, Pereira APS. O uso do Aloe Vera em úlceras por pressão. Rev Estima. 2005;3(4):18-24.

Aspectos Emocionais do Indivíduo no Enfrentamento da Condição de Estomizado*

Emotional Aspects of the Subject on Confronting the Ostomized Condition

Aspectos Emocionales del Sujeto en el Enfrentamiento de la Condición de Estomizado

Rômulo Mágnus de Castro Sena¹, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento², Welyton Paraíba da Silva Sousa³, Maria Aurelina Machado de Oliveira⁴, Eulália Maria Chaves Maia⁵

RESUMO

Objetivo: Evidenciar como a literatura especializada e atualizada na área da saúde aborda os aspectos emocionais vivenciados pelo indivíduo em seu processo de enfrentamento da condição de estomizado. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A questão de pesquisa foi: quais os impactos emocionais gerados pela presença de uma estomia na vida do sujeito? A busca bibliográfica foi realizada nos portais Scopus e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em que foram consultadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foram utilizados os descritores “estomia” e “emoções”, de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Resultados: O levantamento nas bases de dados resultou em seis artigos selecionados. A discussão seguiu estruturada de acordo com os núcleos de sentido presentes na sequência de apresentação dos objetivos, dos resultados e das conclusões; enfatizando os aspectos do enfrentamento de maior representatividade e fundamentada nos próprios textos. Conclusões: O processo de enfrentamento da estomização é um evento complexo na vida do sujeito, uma vez que é vivenciado de diferentes formas conforme o período de adaptação em que a pessoa se encontra. Portanto, as preocupações no pós-cirúrgico são diferentes daquelas relacionadas à alta e ao autocuidado no domicílio, bem como daquelas a longo prazo.

DESCRITORES: Estomia. Emoções. Revisão.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate how the specialized and current literature of the health area addresses the emotional aspects experienced by the individual in their coping process of the ostomy condition. Methods: This is an integrative literature review. The research question was: what are the emotional impacts created by the presence of an ostomy in the subject's life? The literature search was conducted on the portals of Scopus and the Virtual Health Library (BVS), in which the following databases were consulted, the Latin-American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). The descriptors “ostomy” and “emotions” were used from January 2010 to December 2014. Results: The survey in the databases resulted in six chosen articles. The discussion followed structured according to the units of meaning present in the next statement of objectives, results and conclusions; thus emphasizing the aspects of the most representative coping and grounded in their own selected articles. Conclusions: The ostomy coping process is a complex event in the life of a person, since it is experienced in different ways according to the period of adequacy in which the subject is. Therefore, the concerns in the postoperative period are different from those related to discharge and homecare, as well as those at long term.

DESCRIPTORS: Ostomy. Emotions. Review.

*Manuscript extracted from the dissertation titled “Relação entre Imagem Corporal e Autoestima em Pessoas com Ostomias Intestinais”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGpsi) da UFRN, em 2015.

Trabalho realizado no Grupo de Pesquisa Psicologia e Saúde (GEPS), vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.

¹Doutorando em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professor do Curso de Enfermagem na Universidade do Rio Grande do Norte (UERN) - Pau dos Ferros (RN), Brasil. Endereço para correspondência: Campus Avançado Professora Maria Elisa de Albuquerque Maia - CAMEAM, Departamento de Enfermagem, BR 405, KM 3, Arizona - CEP: 599000-000 - Pau dos Ferros (RN), Brasil - E-mail: biomagnus@hotmail.com

²Doutora em Ciências de Saúde pela UFRN; Professora do Curso de Enfermagem da UERN - Pau dos Ferros (RN), Brasil.

³Doutorando em Psicologia pela (UFRN) - Natal (RN), Brasil.

⁴Doutoranda em Psicologia na UFRN; Professora-Assistente I na Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Teresina (PI), Brasil.

⁵Professora Titular do Departamento de Psicologia e dos Programas de Pós-graduação em Psicologia e Ciências da Saúde da UFRN - Natal (RN), Brasil. Artigo recebido em: 27/10/2015 - Aceito para publicação em: 09/12/2015

RESUMEN

Objetivo: Demostrar cómo la literatura especializada y actual en el campo de la salud aborda los aspectos emocionales experimentados por el individuo en su proceso de afrontamiento de la condición de estomía. Métodos: Se trata de una revisión integradora de la literatura. La pregunta de investigación fue: ¿Cuáles son los impactos emocionales creados por la presencia de una estomía en la vida del sujeto? La búsqueda bibliográfica se realizó en los portales de Scopus y de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), en los cuales las siguientes bases de datos fueron consultadas, la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Los descriptores “estomía” y “emociones” se utilizaron en el período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2014. Resultados: El levantamiento de las bases de datos resultó en seis artículos elegidos. La discusión sigue estructurada de acuerdo a las unidades de significado presentes en la siguiente declaración de objetivos, resultados y conclusiones; haciendo hincapié en los aspectos de la cofia más representativos y cimentados en sus propios artículos seleccionados. Conclusiones: Se puede observar que el proceso de afrontamiento a la estomía es un evento complejo en la vida del sujeto, ya que se experimenta de diferentes maneras de acuerdo con el período de ajuste en que la persona se encuentra. Por lo tanto, las preocupaciones en el período post-quirúrgico se difieren de aquellas relativas al alta hospitalaria y a los cuidados personales en el hogar, así como aquellas en el largo plazo.

DESCRIPTORES: Estomía. Emociones. Revisión.

INTRODUÇÃO

Estomia, estoma, ostomia ou ostoma são variações de um mesmo signo linguístico de origem grega, que significa boca e é empregado para denotar a exteriorização de qualquer órgão oco através da pele. Sua nomenclatura varia em virtude do segmento afetado, sendo uma junção deste com o sufixo ostomia^{1,2}. Desse modo, quando a derivação é construída na porção final do intestino delgado, no íleo, tem-se uma ileostomia; mas quando é estabelecida em algum dos cólons do intestino grosso, tem-se uma colostomia.

Embora possam existir outros tipos de estomias, uma vez que elas são desenvolvidas em virtude da função e localização; no presente estudo, serão enfatizadas aquelas de derivação intestinal, primando por uma maior homogeneidade discursiva das representações. Na concepção de Nascimento et al.³, os usuários que necessitam desse tipo de cirurgia, rompendo com sua fisiologia normal de eliminação, passam por certo grau de dificuldades psicológicas e vivenciam sentimentos de repulsa de si próprios.

Essa condição desencadeia, inicialmente, no indivíduo, mecanismos de defesa expressos em estratégias de minimização e relativização, com padrões indiretos, o que evidencia uma vivência difícil e impactante dessa fase. Tal circunstância geralmente só é superada a partir da conscientização do seu próprio estado atual e real, capacitando-se a prosseguir e confrontando-se com as adversidades, de modo a se engajar no processo de enfrentamento⁴.

Por isso, a compreensão de como o indivíduo estomizado enfrenta esta situação é fundamental a quem se dedica a assisti-lo,

uma vez que a afetação das múltiplas áreas de sua vida impõe a tais indivíduos a necessidade de uma condição adaptativa, na qual o sujeito reelabora significados e simbologias que expressam a sua vivência no processo saúde-doença⁴. Nesse sentido, existir no mundo para os estomizados e seus familiares remetem-nos às fragilidades dos planejamentos de vida, pois são as incertezas de perspectivas futuras que se tornam presentes, e estes sujeitos experimentam sensações diferenciadas de outros pacientes com relação ao ato cirúrgico, com perturbações para as dimensões física, psicológica, social e espiritual⁵.

Assim sendo, objetivou-se evidenciar como a literatura especializada e atualizada na área aborda os aspectos emocionais vivenciados pelo indivíduo em seu processo de enfrentamento da condição de estomizado, partindo-se da seguinte questão problematizadora: quais são os impactos emocionais gerados pela presença de uma estomia na vida do sujeito?

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que utilizou os procedimentos metodológicos baseados nas proposições de Mendes, Silveira e Galvão⁶. Inicialmente, definiu-se a questão de pesquisa: quais são os impactos emocionais gerados pela presença de uma estomia na vida do sujeito? Em seguida, foram estabelecidas as bases de dados, utilizando-se como critério estas publicarem artigos de relevância na área da saúde. A busca bibliográfica foi realizada nos portais de Scopus e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na qual foram consultadas as bases de dados da

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Foram utilizados os descritores “estomia” e “emoções” de forma associada, para fazer uma busca integrada abrangendo o título, o resumo e as palavras-chave. Este procedimento foi adotado a fim de proporcionar a viabilidade e a abrangência deste estudo. Posteriormente, a leitura e a classificação dos resumos foram efetuadas por dois pesquisadores de maneira independente. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos publicados durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, os quais estivessem disponíveis na íntegra e gratuitos, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que atendessem ao objetivo do presente trabalho. Foram excluídos textos que não fizessem referência a “estomia” ou “estomizado” no título e que esses não fossem os assuntos principais tratados nos resumos. As buscas dos dois examinadores foram comparadas; assim, nos casos em que o título e o resumo não foram esclarecedores, o artigo foi buscado na íntegra, sendo possíveis discordâncias resolvidas por consenso entre os pesquisadores participantes desta pesquisa. Após aplicados os critérios para seleção dos artigos, as possíveis exclusões foram devidamente justificadas.

Após a leitura dos trabalhos, as suas principais informações foram expressas em uma planilha, que contemplou: título, autores,

revista/ano de publicação, base de dados, objetivos, participantes (critérios para seleção da amostra e tipo de amostra), intervenção (procedimentos utilizados), local onde a pesquisa foi realizada (cidade/estado/país/local), resultados obtidos, limites/dificuldades e conclusões/considerações finais. Em seguida, procedeu-se a análise dos dados.

RESULTADOS

O levantamento nas bases de dados resultou em seis artigos selecionados para este estudo, cujos dados de catalogação podem ser observados no Quadro 1.

Sobre os artigos, pode-se inferir que eles possuem uma distribuição paritária quanto ao idioma da redação. No tocante à revista, percebe-se que, a nível internacional, uma única foi responsável por duas publicações, ao passo que, no cenário nacional, cada periódico publicou apenas um trabalho na área. Dentro do corte temporal estipulado, não foi registrada nenhuma publicação em 2011 abordando a especificidade da temática, ao passo que a mesma quantidade de trabalhos realizados foi encontrada em 2010 e 2012, bem como em 2013 e 2014. Por fim, no que concerne as bases de indexação, a Scopus aparece como a de maior representatividade por catalogar todos os artigos.

Quadro 1. Descrição dos artigos com os descritores ‘estomia’ e ‘emoções’ associados, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

Autores	Título	Revista	Ano	Base de dados
Kement et al. ⁷	<i>“A descriptive survey study to evaluate the relationship between sociodemographic factors and quality of life in patients with a permanent colostomy”</i>	Ostomy Wound Management	2014	Scopus
Cheng et al. ⁸	<i>“The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study”</i>	Ostomy Wound Management	2013	Scopus
Díaz e Muñoz ⁹	<i>“La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso”</i>	Index de Enfermería	2012	Scopus
Barros et al. ¹⁰	<i>“Ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado: reflexão sob a ótica da complexidade”</i>	Revista Brasileira de Enfermagem	2012	Scopus e LILACS
Muñoz et al. ¹¹	<i>“El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas”</i>	Index de Enfermería	2010	Scopus
Sales et al. ⁵	<i>“Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial”</i>	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	2010	Scopus e MEDLINE

Quanto aos objetivos dos estudos, observou-se que, guardadas as peculiaridades de cada um, todos envolviam aspectos emocionais dos sujeitos, a saber: relação entre fatores sociodemográficos e qualidade de vida; conhecimento sobre estomia, autocuidado e ajustamento psicossocial; enfrentamento e adaptação; relações com o ambiente de cuidado e os sentimentos desses sujeitos acerca da nova condição.

No que se refere aos participantes das pesquisas, dois estudos fizeram um recrutamento mais abrangente para os indivíduos com estomias intestinais; três foram mais específicos, delimitando apenas para os colostomizados; e um foi revisional. Com relação aos critérios de amostragem, dois empregaram a do tipo intencional ou por conveniência, cuja incorporação de usuários, em um deles, ocorreu até a saturação dos dados. Dois artigos referiram critérios de exclusão voltados à ocorrência de comorbidades, sejam elas pós-cirúrgicas, relacionadas à doença de base, eventos agudos ou crônicos que interferissem nas atividades diárias, ou mesmo complicações com o estoma.

A respeito da escolha do método, duas investigações utilizaram o quantitativo, cuja coleta de dados ocorreu por meio de questionários sociodemográficos e escalas relacionadas aos objetos de estudo de cada um, sendo ambas analisadas com o auxílio do *software* SPSS, embora a versão utilizada (17.0) só tenha sido informada na primeira. Dos quatro estudos que optaram por uma abordagem qualitativa, um se classificou ainda como estudo de caso, e outro, por ser um estudo teórico, como uma pesquisa descritivo-reflexiva embasada na Teoria da Complexidade de Edgar Morin. Os três trabalhos empíricos se utilizaram da Fenomenologia, referindo como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada, e um deles empregou ainda a observação participante; durante a análise de dois estudos, houve a triangulação dos pesquisadores e dos dados, com vistas a atingir uma maior uniformidade das categorias temáticas; e em um foi empregada a análise de discurso.

Quanto à distribuição espacial em que as pesquisas foram desenvolvidas, houve predominância para Brasil e Málaga, na Espanha, contando com dois estudos em cada um desses países, os dois trabalhos restantes foram realizados em Istambul, na Turquia, e outro na China.

No tocante aos resultados obtidos, seguindo a ordem do Quadro 1; no primeiro estudo, as variáveis que se relacionaram com a qualidade de vida, de forma independente, foram apenas o sexo, a região geográfica e a situação do domicílio.

No segundo, por sua vez, os sujeitos com mais conhecimento sobre os cuidados com seu estoma e que eram capazes de gerenciar o próprio autocuidado se mostraram mais socialmente ajustados. No terceiro, foram notadas diferentes estratégias de enfrentamento com o decorrer do tempo, ou seja, no pós-operatório, ainda na fase de internação, o cuidado com o estoma era delegado aos parentes como forma de aliviar as tensões emocionais, e cerca de dois anos depois, o usuário apresentou preocupações com questões mais práticas, já tendo recuperado a sua autonomia. Como o quarto trabalho é um estudo teórico, foram apresentados três tipos de ambientes que envolvem o contexto de estomização do ser humano idoso: domiciliar, grupal e hospitalar. No quinto estudo, encontrou-se uma boa variedade de respostas acerca das estratégias de modulação das emoções negativas utilizadas para a solução de problemas, as quais são fundamentais para o resgate da autonomia e do ajustamento sociofamiliar do indivíduo, dentre as quais pode-se citar: conhecer outros estomizados, experiências durante a hospitalização e relação com o profissional de saúde. Finalmente, no último artigo, emergiram três temáticas existenciais: descobrindo-se no mundo estomizado; vivência cotidiana com a bolsa de estomia e importância da espiritualidade para o entendimento da situação.

Somente dois trabalhos, que correspondem aos dois primeiros no Quadro 1, envolvendo a abordagem quantitativa, assumiram limitações em suas investigações. Como não houve coleta de dados no pré-operatório no primeiro estudo, não foi possível avaliar alterações na qualidade de vida dos sujeitos. Além disso, o fato de a amostra ser composta apenas por colostomizados restringe as possibilidades de generalização dos dados para os demais estomizados. Reconheceu-se que o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida não era o mais adequado para tal população; entretanto, era o único validado para aquela realidade, bem como houve uma baixa proporção de participantes na região em que foi realizada a pesquisa, sugerindo que a técnica para coleta de dados possa ter afetado os resultados. Já no segundo trabalho, foram feitas pontuações no sentido também da amostra pequena, mas, sobretudo, no reconhecimento de que outros fatores, além do conhecimento e da capacidade de cuidar do estoma, poderiam influir no ajustamento psicossocial, sugerindo ponderações quanto às generalizações na conclusão.

Com relação às conclusões, apenas o primeiro estudo reforça a cautela que se deve ter com a interpretação dos resultados, de modo a se evitar estabelecer relações causais

entre as variáveis, uma vez que limitações importantes tenham sido evidenciadas. Os demais apontam para uma necessidade de individualizar os cuidados aos estomizados, considerando as suas dimensões biopsicossociais, dando ênfase aos ensinamentos para o autocuidado antes da alta, com intervenções voltadas aos aspectos tidos como mais conflitivos, proporcionando assim um melhor enfrentamento, potencializando atitudes adaptativas e atuando sobre os fatores moduladores. Em sua existência, o indivíduo estomizado exprime suas vicissitudes de diferentes formas, ressignificando os acontecimentos da vida como dolorosos ou prazerosos, cuja significação se estende para o ambiente que o abriga, passando este a ser um espaço da expressão de sentimentos, emoções e experiências complexas.

DISCUSSÃO

A discussão que se segue é estruturada de acordo com os núcleos de sentido presentes na sequência da apresentação de objetivos, resultados e conclusões; enfatizando os aspectos do enfrentamento de maior representatividade e fundamentadas nos próprios artigos selecionados.

Os estomas intestinais alteram a aparência física e a função corporal das pessoas, a sua exteriorização no abdômen gera grandes mudanças no modo como esses indivíduos se veem, podendo sentirem-se ansiosos ou autoconscientes. Isso tem repercussões diretas para o exercício de sua sexualidade e sexo, já que seus parceiros também poderão ter medos relacionados a machucar o estoma ou deslocar a bolsa. Nesse contexto, a qualidade de vida é uma medida que cada vez mais adquire importância para esse tipo de cirurgia, pois embora vários estudos já tenham abordado para esse público, pouco se sabe acerca dos efeitos potenciais das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida dos estomizados⁷.

Quando os usuários recebem a alta hospitalar, inicia-se um marco muito importante para a sua recuperação, pois preocupações com a cirurgia e, sobretudo, com o estoma, ao alterar sua rotina no tocante a atividades habituais e estilo de vida, passam a ser uma realidade. Desse modo, tal estoma pode ser encarado tanto como um desafio físico quanto psicológico. Dentre os problemas e as preocupações enfrentados por esses indivíduos, podem-se citar a incapacidade de controlar gases, as dificuldades para as atividades de turismo e lazer, a autorrejeição e a solidão⁸.

A adaptação à estomia é um processo dinâmico em contínua evolução: em um primeiro momento, é possível perceber que a atenção dos usuários está voltada para aliviar a carga emocional negativa, o que repercute diretamente no grau de autonomia dos indivíduos, bem como em alterações na sua dinâmica sociofamiliar. Entretanto, com o decorrer do tempo, é possível notar mudanças no sentido de um comportamento diferente e mais eficaz; portanto, quando o indivíduo se torna capaz de combinar estratégias para modular suas emoções e resolver seus problemas, ocorre uma certa harmonia nesse processo de adaptação, e tal indivíduo torna-se capaz de realizar o seu autocuidado, que é tão essencial a sua adequada reinserção social⁹.

Assim, o ambiente, seja ele domiciliar, grupal ou hospitalar, é de fundamental importância para que o estomizado adquira a sua autonomia e apresente uma melhor aceitação de sua condição, salientando o apoio que tais indivíduos possam receber daqueles que ocupam esses espaços; e estes locais, ainda que guardadas as particularidades de cada um, expressam um contexto de fragilidade e necessidade de cuidado, envoltos em um processo circular e recursivo; nos quais se enfatiza a necessidade de um conhecimento técnico-científico humanizado e ampliado por parte do profissional de saúde que assiste a esses indivíduos, bem como a percepção da família como uma rede de apoio social em tais ambientes de cuidado¹⁰.

O enfrentamento se mostra como um processo complexo e multifatorial condicionado pelas demandas e pelos recursos do ambiente, pela subjetividade do sujeito em sua interpretação do mundo exterior e interior, bem como por sua história e personalidade. Esse processo tem início a partir dos significados que são atribuídos à estomia: após uma cirurgia para sua abertura, por exemplo, o indivíduo tende a valorizar mais os aspectos funcionais e deixar as preocupações com a imagem corporal para um segundo plano. Frente à nova condição, os usuários são capazes de elaborar um número variável de estratégias de enfrentamento, a saber: comportamentos centrados em emoções, permitindo diminuir as angústias, embora quando utilizados isoladamente não sejam considerados eficazes; outros métodos mais direcionados à solução de problemas propiciam o resgate da autoestima e uma melhor adaptação sociofamiliar. Para se chegar a uma harmonia, é necessário que as estratégias voltadas às emoções complementem estas últimas¹¹.

Os mesmos autores corroboram ainda a necessidade de cuidados individualizados, ofertados por profissionais bem qualificados e capazes de perceberem o estomizado em toda a sua dimensão, cujas intervenções alcancem os aspectos avaliados como mais conflitivos por esses usuários, potencializando e reforçando as condutas adaptativas, sob pena de reduzirem o processo a ações improficuas.

Nesse sentido, uma compreensão existencial do estomizado implica em percebê-lo como um ser no mundo que “ouve, vê, conhece, imagina, espera, alegra-se e angustia-se em virtude de sua facticidade”. Suas linguagens expressam sentimentos, tais como medos, culpas, realizações, dentre outros que traduzem a essência do seu existir e de sua abertura às pessoas e/ou situações no mundo do cuidar. Este, por sua vez, pode ser expresso pelo diálogo, haja vista que os estomizados anseiam por serem compreendidos em sua condição e querem compartilhar seus pensamentos com outras pessoas, de modo que o falar e o ouvir adquirem significância numa relação de reciprocidade⁵.

Ainda sobre essas questões existenciais, atenção deve ser dada ao dispositivo coletor, pois, ao ser agregado de forma permanente ao abdômen do indivíduo durante o período que este ficar estomizado, a bolsa passará a se constituir como um elemento integrante da imagem corporal do sujeito.

Analisando essa problemática para os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, postula-se que a prescrição dos dispositivos não é fácil, tendo em vista que é necessário conhecer todos os produtos disponíveis; ter clareza quanto as suas indicações, vantagens e inconvenientes; além de requerer ainda uma avaliação integral que contemple as dimensões física, emocional e social do indivíduo. Por isso, não pode limitar-se a uma mera revisão anatômica do abdômen, devem ser avaliados também outros fatores como: habilidade manual, acuidade visual, vestuário, suporte familiar, estilo de vida, personalidade, capacidade cognitiva e as preferências do usuário⁹.

Os mesmos investigadores reforçam ainda que tal avaliação precisa ser contextualizada, levando-se em consideração a fase da vida em que se encontra o estomizado (infância, adolescência, idade adulta ou senescência) e o respectivo momento do processo de enfrentamento e adaptação.

No tocante ao auxílio dos cuidadores, estes nem sempre conseguem vislumbrar a complexidade que é para o estomizado viver com uma bolsa coletora de seus excrementos, portanto tais indivíduos acabam esquecidos e enredados em seus conflitos e inquietações cotidianas, com sua existência cursando com a deterioração de sua autonomia, autocuidado e individualidade. Assim, o exercício do cuidador precisa estar pautado nas

percepções que o estomizado tem de sua condição, e não apenas a partir de experiências próprias desenvolvidas com sujeitos e situações, em que, por vezes, a humanização é esquecida⁵.

CONCLUSÃO

Observou-se uma inserção do método quantitativo, ainda que com sérias limitações nos seus achados, no *modus operandis* de se fazer pesquisa numa área que privilegia a captação da subjetividade dos sujeitos a partir do método qualitativo.

Percebe-se que o processo de enfrentamento da estomização é um evento complexo na vida do sujeito, uma vez que é vivenciado de formas diferentes de acordo com o período de adaptação em que ele se encontra; de modo que suas preocupações no pós-cirúrgico são diferentes daquelas relativas à alta e ao autocuidado no domicílio, bem como daquelas a longo prazo.

Assim, em curto prazo, o estomizado se volta para a boa funcionalidade e prevenção de complicações do seu estoma; em médio prazo, preocupa-se com questões acerca da reconstrução de sua imagem corporal, que pode ser por ele rejeitada com repercussão no campo da sexualidade e dos relacionamentos afetivos; e em longo prazo, dar maior atenção à solução de problemas práticos diários como forma de resgate da autoestima e do ajustamento sociofamiliar. O conjunto de estratégias traçadas combina comportamentos centrados nas emoções e na resolução de problemas.

Durante esse percurso, os ambientes de inserção desse indivíduo adquirem significativa importância, pois são espaços compartilhados com diferentes atores capazes de influenciarem no processo de enfrentamento, tais como os familiares no domicílio, os profissionais de saúde no hospital, outros estomizados nos grupos de apoio, e assim por diante.

A importância dos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, bem qualificados, capazes de prestar uma assistência pautada nos princípios da integralidade e de traçar planos de cuidados individualizados para sujeitos que apresentam questões existenciais tão complexas quanto a sua condição, ou seja, o ser no mundo estomizado e o uso dos dispositivos coletores, são imprescindíveis.

Ressalta-se que a compreensão da problemática da condição de estomizado é de fundamental importância ao exercício profissional na área da saúde, com vistas a prestar uma assistência que se pretende emancipadora da autonomia do sujeito e que busque minimizar os danos psicológicos decorrentes da nova situação, encorajando-os ao enfrentamento.

REFERÊNCIAS

1. Paula MA. Sexualidade em pessoas ostomizadas: mito ou realidade? In: Malagutti W, Kakiyama CT (Org.). Curativos, Estomias e Dermatologia. 2 ed. São Paulo: Martinari; 2011. p. 451-460.
2. Santos VL. A estomaterapia através dos tempos. In: Santos VL, Cesaretti IU (Org.). Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1-18.
3. Nascimento CM, Trindade GL, Luz MH, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(3):557-64.
4. Barnabe NC, Dell'Acqual MC. Estratégias de enfrentamento (*coping*) de pessoas ostomizadas [Internet]. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 [cited 02 Jan 2016]; 16(4). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_10.pdf
5. Sales CA, Violin MR, Waidman MA, Marcon SS, Silva MA. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):221-7.
6. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidência na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64.
7. Kement M, Gezen C, Aydin H, Haksal M, Can U, Aksakal N, et al. A Descriptive Survey Study to evaluate the relationship between socio-demographic factors and quality of life in patients with a permanent colostomy. Ostomy Wound Manage. 2014;60(10):18-23.
8. Cheng F, Meng A, Yang L, Zhang Y. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. Ostomy Wound Manage. 2013;59(7):35-8.
9. Díaz AY, Muñoz BM. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso [Internet]. Index Enferm. 2012 [cited 02 Jan 2016];21(1-2). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100010
10. Barros EJ, Santos SS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Ser humano idoso estomizado e ambientes de cuidado: reflexão sob a ótica da complexidade. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):844-8.
11. Muñoz BM, Jiménez RMP, Díaz YC, Suárez LR, Navarro SG. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index Enferm. 2010;19(2-3):115-9.

Exenteração Pélvica: Relato de Caso

Pelvic Exenteration: a case Study

Exenteración Pélvica: Reporte de un Caso

Alexandra Isabel de Amorim Lino¹, Cristine Aves Costa de Jesus²

RESUMO

Trata-se de um relato de caso de um paciente com colostomia úmida, após exenteração pélvica total, atendido em uma instituição hospitalar pública de saúde, localizada na cidade de Brasília (DF), Brasil. O objetivo geral foi a aplicação do processo de enfermagem em indivíduo no pós operatório mediato de exenteração pélvica total com colostomia úmida. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2013, por meio de entrevista e exame físico com duração de aproximadamente 40 minutos. Utilizou-se um instrumento elaborado pelas autoras, o qual foi fundamentado no referencial teórico de Wanda Horta, das Necessidades Humanas Básicas. Foram levantados os diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções pertinentes para este caso. Os diagnósticos identificados abordam, essencialmente, as necessidades psicobiológicas. Dentre os diagnósticos que subsidiaram o atendimento a esse paciente, temos: a Integridade tissular prejudicada, distúrbio na imagem corporal, incontinência intestinal, conhecimento deficiente, dor aguda, déficit para o autocuidado para banho, padrão de sono prejudicado, mobilidade física prejudicada e risco de infecção. Este relato confirma que uma assistência de enfermagem sistematizada promove um cuidado direcionado e um registro preciso e embasado cientificamente, que possibilita a continuidade da assistência de qualidade em conjunto com o cliente.

DESCRITORES: Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Colostomia.

ABSTRACT

This is a case study of a patient with wet colostomy, after having been undergone to a total pelvic exenteration treatment, attended in a public hospital institution located in Brasília/DF. This investigation aimed to apply the nursing procedure in an individual who was in the immediate postoperative phase due to a total pelvic exenteration treatment. This person had wet colostomy. The data collection was carried out in September, 2013, through interviews and physical examination and it lasted about 40 minutes. We used an instrument developed by the authors, which was based on the theoretical framework of Wanda Horta on the Basic Human Needs. The nursing diagnoses, its results and relevant interventions to this case were surveyed. The identified diagnoses essentially address the psychobiological needs. Among the diagnostics that supported the aid to the referred patient, we have the following: tissue integrity, disturbance in body image, bowel incontinence, deficiency of knowledge, acute pain, deficits self-caring when taking baths, disturbed sleep pattern, impaired physical mobility and risk of infection. This case study confirms that a systematic nursing care promotes a guided care and an accurate scientifically grounded record that enables the continuity of quality care, along with the customer.

DESCRIPTORS: Nursing. Nursing Diagnosis. Colostomy.

¹Hospital de Base de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

²Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Artigo recebido em: 25/09/2014 – Aceito para publicação em: 06/08/2015

RESUMEN

Se trata de un caso clínico de un paciente con colostomía húmeda, después de la exenteración pélvica total, atendido en un hospital público, que se encuentra en Brasilia (DF), Brasil. El objetivo fue la aplicación del proceso de enfermería en el individuo en la exenteración pélvica inmediata postoperatoria total con colostomía húmeda. La recolección de datos se llevó a cabo en septiembre de 2013, a través de entrevistas y el examen físico que duran unos 40 minutos. Se utilizó un instrumento desarrollado por los autores, que se basan en el marco teórico de Wanda Horta, sobre las Necesidades humanas básicas. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones pertinentes a este caso se plantearon. Los diagnósticos identificados abordan esencialmente las necesidades psicobiológicas, a partir de los diagnósticos que apoyaron el cuidado de este paciente, tenemos: la integridad del tejido dañado, alteración de la imagen corporal en, incontinencia intestinal, la falta de conocimiento, dolor agudo, los déficit en autocuidado en el baño, trastornos del sueño, alteración de la movilidad física y el riesgo de infección. Este informe confirma que un cuidado de enfermería sistemática promueve una atención dirigida y un registro exacto y científicamente a tierra que permite la continuidad de la atención de calidad junto con el cliente.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Diagnóstico de enfermería. Colostomía.

INTRODUÇÃO

Para se estabelecer um cuidado de qualidade se faz necessário utilizar o processo de enfermagem, que promove a organização e representa um método pelo qual o enfermeiro realiza a assistência sistematizada e direcionada a esse cuidado. O enfermeiro que assiste o indivíduo de forma sistematizada promove um cuidado integral e individualizado, a fim de atender as especificidades na situação clínica determinada¹.

Promover um cuidado diferenciado exige o uso de um padrão na linguagem, para uma comunicação eficiente na identificação dos sinais e sintomas reais ou potenciais apresentados pelo cliente, dando mais responsabilidade e reconhecimento ao enfermeiro^{1,2}.

A satisfação do indivíduo envolve uma variedade de fatores, particularmente o cliente com câncer de reto diagnosticado irá depender do conhecimento do enfermeiro e demais profissionais da equipe para proporcionar um entendimento de todas as intervenções por parte do indivíduo, uma vez que o tratamento propõe uma alteração fisiológica do trato gastrointestinal que interfere psicologicamente na qualidade de vida e readaptação do indivíduo.

Estudos apontam que cerca de 6 a 10% das neoplasias retais são diagnosticadas em estádios avançados (T4) e, após o procedimento cirúrgico curativo, tem recidiva de 4 a 50% dos casos, impactando na qualidade de vida e sobrevida do cliente. Com o intuito de melhorar a qualidade de vida e sobrevida, tem-se realizado a exenteração pélvica, inicialmente idealizada e utilizada em clientes com neoplasia de colo de útero recidivado, descrita por Brunschwig em 1948.

Os órgãos envolvidos na exenteração que podem ser infiltrados são: ureteres, bexiga, próstata, vesículas seminais, ovários, útero, vagina, alças intestinais e parede pélvica^{3,4}.

No entanto, representa uma morbimortalidade alta, mas é a única alternativa curativa ao câncer de reto localmente avançado. Porém, nota-se descrito na literatura uma diminuição das taxas de morbimortalidade em decorrência do avanço da técnica cirúrgica e do suporte perioperatório, devido à indicação adequada. A sobrevida do cliente submetido ao procedimento cirúrgico é maior (de 60% em 5 anos) quando comparado a condições em que se utilizam apenas o tratamento com quimioterapia e radioterapia (cerca de 5% em 5 anos)^{3,4}.

O sucesso do tratamento cirúrgico envolve não apenas o componente relativo à equipe médica, mas também uma assistência de enfermagem qualificada e sistematizada. O processo de enfermagem dá suporte para a qualificação exigida para a garantia de um cuidado efetivo e diferenciado.

Os objetivos do estudo foram: aplicar o processo de enfermagem em indivíduo pós exenteração pélvica com colostomia úmida, apoiado em sistemas de classificação em enfermagem; e Promover a assistência de enfermagem a partir dos diagnósticos identificados da Taxonomia da NANDA-I e do uso das Classificações de Intervenções (NIC) e Resultados (NOC).

MÉTODO

Trata-se de relato de caso em que se buscou aplicar o processo de enfermagem em indivíduo pós exenteração

e promover a assistência de enfermagem a partir dos diagnósticos identificados da Taxonomia da NANDA-I e do uso das Classificações de Intervenções (NIC) e Resultados (NOC).

A amostra foi constituída por um paciente atendido em uma instituição hospitalar pública de saúde, localizada na cidade de Brasília (DF), que aceitou participar da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde (FEPECS) sob o número de parecer 313.309. Foram cumpridas as exigências da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2013, por meio de entrevista e exame físico, com duração de aproximadamente 40 minutos. O paciente foi abordado na enfermaria do hospital. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento elaborado pelas autoras, o qual foi fundamentado no referencial teórico de Wanda Horta, das Necessidades Humanas Básicas. O referido instrumento sofreu validação por dois enfermeiros com experiência em diagnósticos e atendimento de clientes em condições cirúrgicas.

O instrumento de coleta de dados possibilitou o registro dos dados da entrevista e do exame físico e a aplicação do processo de enfermagem subsidiado nas Taxonomias de diagnósticos, intervenções e resultados, NANDA-I, NIC e NOC, respectivamente. Outros dados foram complementados do prontuário eletrônico do paciente.

RESULTADOS

Será apresentada, a seguir, uma síntese do caso estudado, no qual estarão em destaque os aspectos que direcionaram para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Caso clínico

EBS, de 39 anos, sexo masculino, aposentado pelo INSS, HIV positivo em uso de antirretrovirais, com diagnóstico médico de neoplasia de reto, ânus e canal anal. Inicialmente submetido à sigmoidectomia devido a múltiplas fístulas em região perineal, após tratamento prévio com quimioterapia e radioterapia. Após 3 meses com melhora do quadro infeccioso, foi submetido a exenteração pélvica

total, na tentativa de cura, tendo ocasionado uma colostomia úmida terminal, com saída de urina e fezes pelo mesmo estoma. Encontrava-se consciente, orientado, calmo, comunicativo. Necessidades psicobiológicas: apresentava-se eufórico, tórax simétrico com murmúrios vesiculares presentes em toda a extensão, sem presença de ruídos adventícios, com tosse seca esporádica, a pressão arterial aferida foi de 133x80 mmHg, pulso de 62 bpm, perfusão capilar normal com rede venosa visível e sem alterações. Hidratação e Nutrição: Apresentava abdome plano flácido, ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes, colostomia úmida à esquerda, com aceitação parcial da dieta oral. Eliminação: apresentava saída de urina por colostomia úmida, sem presença ainda de fezes no segundo dia de pós operatório. Sono e Repouso: sono alterado mesmo com uso de medicação para dormir. Locomoção: com alterações da locomoção devido à necessidade de repouso por ressecção extensa acometendo nádegas. Integridade cutâneo-mucosa: apresentava pele hipocorada, sem alterações de temperatura ou no local do sítio cirúrgico. Sem alterações de estoma e ou pele periestomal. Necessidades Psicossociais (segurança, conhecimento e comunicação): tinha conhecimento da internação, mas não conhece sobre toda a doença e tratamento. É alfabetizado, apresenta comunicação verbal normal, na comunicação não verbal expressava dor, apresentava dificuldade de aprendizado por ainda estar em processo de aceitação. A família conhecia, mas apenas o companheiro e a amiga participavam do processo de tratamento e recuperação. Apresentava solidão, embora tivesse motivação para tratamento e capacidade para o autocuidado. Ainda tinha dificuldades na aceitação da mudança na autoimagem. Necessidades Psicoespirituais: referiu ser católico praticante.

O Quadro 1 traz os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I estabelecidos, bem como os resultados da NOC e intervenções de enfermagem da NIC.

DISCUSSÃO

Neste caso, identificamos que a maioria dos diagnósticos de enfermagem priorizados estava na categoria de necessidades psicobiológicas.

O referencial teórico de Wanda Horta, apoiado na hierarquia das necessidades humanas (necessidades

Quadro 1. Síntese a Sistematização da Assistência de Enfermagem pela NANDA, Classificações de Intervenções e Resultados.

Diagnósticos de Enfermagem	NOC	NIC
Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores mecânicos evidenciado por tecido lesado.	INTEGRIDADE TISSULAR – PELE E MUCOSAS: Aumentar perfusão tissular (3) para levemente comprometimento (4) / Aumentar para integridade da pele (5) não comprometida (5).	CUIDADOS COM LOCAL DE INCISÃO: Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão; orientar o paciente sobre as formas de cuidar da incisão durante o banho; ensinar ao paciente como minimizar a pressão sobre o local da incisão. SUPERVISÃO DA PELE: Monitorar a pele quanto ao ressecamento e umidade excessivos; examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado.
Distúrbio na imagem corporal relacionado à doença e à cirurgia evidenciados por resposta não verbal a mudanças reais no corpo.	IMAGEM CORPORAL: Aumentar adaptação a mudanças na aparência física e nas funções do corpo para frequentemente positivo (4).	MELHORA DA IMAGEM CORPORAL: Ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doença ou cirurgia, conforme apropriado; monitorar se o paciente consegue olhar para a parte do corpo modificada; identificar grupos de apoio disponíveis ao paciente.
Incontinência intestinal e urinária relacionadas às lesões colorretais; perda do controle do esfíncter anal, evidenciado por incapacidade de reconhecer a pressão para evacuar, para retardar evacuação e perda constante de fezes amolecidas.	ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Aumentar padrão de eliminação para levemente comprometido (4).	CUIDADOS COM ESTOMIAS: Aplicar o dispositivo de estomia de forma que se adapte de forma adequada, sempre que necessário; trocar e esvaziar a bolsa de ostomia sempre que apropriado; monitorar padrões de eliminação.
Conhecimento deficiente relacionado à falta de exposição, falta de familiaridade com os recursos de informação, evidenciado por verbalização do problema.	CONHECIMENTO – CUIDADO DA OSTOMIA: Propósito da estomia (1) aumentar para conhecimento substancial (4) / Suprimentos necessários para cuidar de uma estomia (1) aumentar para conhecimento substancial (4) CONHECIMENTO – CUIDADOS NA DOENÇA: Regime de tratamento (3) aumentar para conhecimento substancial (4) / Regime de tratamento (3) aumentar para conhecimento substancial (4).	CUIDADOS COM ESTOMIAS: Orientar o paciente / pessoa importante quanto ao uso de dispositivo / cuidados com ostomias; fazer o paciente / pessoa importante demonstrar o uso do equipamento; monitorar a cicatrização da incisão/ estoma; explicar ao paciente quais mudanças o cuidado da ostomia trará para sua rotina diária; encorajar a participação em grupos de apoio a estomizados após a alta. ENSINO – PROCESSO DA DOENÇA: Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente relativo ao determinado processo de doença; descrever os sinais e os sintomas comuns da doença, conforme apropriado; dar informações ao paciente sobre a condição, conforme apropriado; discutir opções de terapia / tratamento; orientar o paciente sobre medidas de controle / minimização de sintomas, conforme apropriado; reforçar as informações dadas por outros membros da equipe de saúde, conforme apropriado.

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Diagnósticos de Enfermagem	NOC	NIC
Dor aguda relacionada a agentes lesivos evidenciada por relato verbal de dor e expressão facial.	CONTROLE DA DOR: Diminuir o relato de dor (5) para raramente demonstrado (2).	CONTROLE DA DOR: Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência; assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia; investigar junto ao paciente os fatores que aliviam / pioram a dor.
Déficit de autocuidado para banho relacionado à fraqueza e à cirurgia, evidenciado por incapacidade de regular a água do banho e de acessar o banheiro.	AUTOCUIDADO – BANHO: Aumentar a obtenção dos itens para o banho, obtenção de água para o banho e possibilidade de banhar-se com o chuveiro para levemente comprometido (4).	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO: Monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente; oferecer os artigos pessoais desejados. ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO – BANHO/HIGIENE: Colocar toalhas, sabonete, desodorante, material de barba e outros acessórios no banheiro; providenciar os itens pessoais desejados; facilitar ao paciente a escovação dos dentes, conforme apropriado; facilitar que o paciente tome banho sozinho, conforme apropriado; oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.
Padrão de sono prejudicado relacionado à falta de privacidade/controle do sono, iluminação, ruído evidenciado por relatos de dificuldade para dormir e mudança no padrão normal de sono.	SONO: Diminuir o sono interrompido (2) para levemente comprometido (4).	MELHORA DO SONO: Adaptar o ambiente; determinar o padrão de sono / vigília do paciente; ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono; monitorar / registrar o padrão de sono e o número de horas de sono do paciente.
Mobilidade física prejudicada relacionada à dor e ao desconforto, evidenciado por capacidade diminuída de desempenhar as habilidades motoras finas e grossas.	MOBILIDADE: Aumentar equilíbrio, coordenação e marcha para levemente comprometido (4).	TERAPIA COM EXERCÍCIO – DE AMBULAÇÃO: Colocar o controle da cama ao alcance da mão do paciente; encorajar a sentar na cama, na lateral da cama ou em poltrona, conforme tolerância; auxiliar o paciente a transferir-se, se necessário; ajudar o paciente na deambulação inicial e conforme necessidade; orientar paciente sobre técnicas seguras de transferência e deambulação. TERAPIA COM EXERCÍCIO – EQUILÍBRIO: Determinar a capacidade do paciente para participar de atividades que exijam equilíbrio; orientar o paciente sobre a importância da terapia com exercícios para manter e melhorar o equilíbrio; oferecer dispositivos auxiliares para apoio do paciente ao realizar os exercícios.
Risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas.	CONHECIMENTO– CONTROLE DE INFECÇÃO: Manter em conhecimento substancial (4) os sinais e sintomas de infecção / Aumentar para conhecimento substancial (4) a importância da higienização das mãos.	PROTEÇÃO CONTRA INFECÇÃO: Monitorar sinais, sintomas e locais de infecção; examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; examinar as condições de todas as incisões/feridas cirúrgicas; promover ingestão nutricional adequada; estimular a ingestão hídrica.

psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais), demonstrou ser aplicável à situação e foi importante para o direcionamento dos dados, bem como priorização dos diagnósticos de enfermagem. Embora o referencial de Horta não aborde os diagnósticos de enfermagem, como atualmente tem sido utilizado, direcionado a um sistema atual de classificação (NANDA-I), não houve conflito entre eles. Cada uma das necessidades humanas foi contemplada com classes que indicavam as especificidades da classificação (oxigenação, segurança, hidratação, nutrição etc.)⁵.

A adoção de um referencial teórico de enfermagem garante uma explanação sistemática de eventos para descrever, explicar e entender os fenômenos e a solucionar os problemas, auxiliando o entendimento do enfermeiro acerca da prática e do conhecimento existente^{6,7}.

A aceitação e entendimento da situação tem um desenrolar diferenciados quando há uma organização nesse processo, pois o cliente se sente amparado e tende a uma adaptação menos traumática.

Quanto à integridade tissular prejudicada, podemos ter um acometimento da mucosa intestinal e /ou da pele periestoma, o que desejamos é proporcionar uma boa aderência do equipamento coletor adaptado para preservar a pele periestomal, no caso em questão o paciente apresentou uma boa aderência à base adesiva, com uso da pasta para nivelar pele periestomal e bolsa opaca. O uso de adjuvantes permite a manutenção da pele periestoma íntegra^{10,11}.

A falta de controle voluntário dos efluentes pela estomia é um fator limitante, porém a adequação do tipo de equipamento coletor com protetor de pele, filtro de carvão ativado e adjuvantes podem favorecer a segurança e bem-estar do estomizado, minimizando as consequências negativas do procedimento cirúrgico. O retorno social do indivíduo, uma vez que o odor, os ruídos e o volume do efluente dificultam o convívio fora do domicílio, nomeado, geralmente, como um local seguro para o estomizado¹², obstáculos que favorecem o distúrbio na imagem corporal e podem estimular pensamentos negativos, originando a depressão em decorrência da alteração física imposta².

O déficit de conhecimento se atribui à falta de orientação e insuficiência de informação específica. Em outro estudo desenvolvido¹³, também foi predominante entre os estomizados. Para tanto, o ensino do paciente de forma

precoce diminui a dúvida e a incerteza sobre os procedimentos realizados. Neste caso, o paciente foi acompanhado no ambulatório de estomaterapia desde o primeiro procedimento cirúrgico, que originou em uma estomia intestinal, o que resultou em um melhor entendimento e adaptação à estomia.

A dor aguda, ainda muito presente dentre as queixas mais comuns referidas pelos pacientes em pós-operatório, tem sido identificada como um problema de saúde pública que necessita ser sanado¹⁴. Quando associada ao câncer, pode ter origem física, emocional e social, e, nesse contexto, é esperado que 70 a 80 % dos pacientes com doença oncológica experimentem uma dor de moderada a intensa¹⁵, além de apresentar alteração do padrão de sono.

O padrão de sono prejudicado decorre do ambiente hospitalar, uma vez que sua alteração se deve a interrupções da qualidade e quantidade de sono por fatores externos².

O risco de infecção está presente pela exposição a patógenos e procedimentos invasivos², portanto todo o paciente internado se não apresentar infecção apresenta esse diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diagnósticos identificados abordam, essencialmente, as necessidades psicobiológicas, dentre os diagnósticos que subsidiaram o atendimento a esse paciente, temos: a integridade tissular prejudicada, distúrbio na imagem corporal, incontinência intestinal, conhecimento deficiente, dor aguda, déficit para o autocuidado para banho, padrão de sono prejudicado, mobilidade física prejudicada e risco de infecção.

Este relato confirma que uma assistência de enfermagem sistematizada promove um cuidado direcionado e um registro preciso e embasado cientificamente, que possibilita a continuidade da assistência de qualidade em conjunto com o cliente.

Assim, se reafirma a necessidade do conhecimento teórico prático do enfermeiro no período perioperatório, proporcionando um acolhimento e uma satisfação do paciente em relação aos procedimentos realizados.

Obteve-se, como confirmação, que o ensino do paciente deve ser gradual e individual, desde o momento do pré-operatório mediato. Quanto à avaliação do plano

de cuidados estipulados para este caso, apresentou-se resolução parcial apenas para os diagnósticos de distúrbio da imagem corporal e a incontinência intestinal, que, apesar de o paciente aceitar a colostomia úmida, necessita de estímulos positivos diariamente para se manter sem pensamentos negativos.

O paciente recebeu acompanhamento, mesmo após a alta na unidade, em nível ambulatorial, o que permitiu maior entrosamento e continuidade do cuidado.

O tema tem pouco destaque na enfermagem brasileira e mais estudos devem ser realizados para que se possa oferecer um cuidado diferenciado a essa clientela.

REFERÊNCIAS

1. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2012.
3. Costa SRP, Teixeira ACP, Lupinacci RA. A exenteração pélvica para o câncer de reto: avaliação dos fatores prognósticos de sobrevida em 27 doentes operados. *Rev Bras Colo-proct.* 2008;28(1):7-18.
4. Silva JH. Exenteração pélvica e tratamento do câncer do reto. *Arq Gastroenterol.* 2007;44(4):283.
5. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU;1979.
6. McEwen M. Desenvolvimento da Teoria: estruturação dos relacionamentos conceituais na enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para a enfermagem. 2ª edição, Porto Alegre: Artmed; 2009.
7. Vitor AF, Lopes MVO, Araújo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Rev Esc. Anna Nery.* 2010;14(3): 611-616.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC), Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC), Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
10. Lino AIA. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem no atendimento de indivíduos com estomas gastrointestinais: aplicando o processo de enfermagem [dissertação]. Brasília: Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília; 2014.
11. Carvalho VMJ, Cardoso JRS. Cuidados com dermatites periestomais. In: Malagutti W, Kakihara CT. Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2011.
12. Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):415-21.
13. Silva NG, Gama FA, Dutra RA. Percepção de pacientes com estomia sobre mitos e medos relacionados a esta condição. *Rev Estima.* 2008;6(1):22-26.
14. Garcia JBS. A dor aguda: um problema desafiador. *Rev Dor.* 2013;13(3):163.
15. Simões ASL. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. *Rev Dor.* 2011;12(2):166-71.

Autocuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus: Contribuição ao Cuidado Clínico de Enfermagem para a Prevenção do Pé Diabético*

Self-care of Persons with Diabetes Mellitus: Contribution to the Clinical Nursing Care for the Prevention of Diabetic Foot

Auto Cuidado de la Persona com Diabetes Mellitus: Contribución al Cuidado Clínico de Enfermería para la Prevención del Pie Diabético

Luciana Catunda Gomes de Menezes¹, Maria Vilani Cavalcante Guedes¹

O pé em risco é uma das complicações microvasculares graves e mutilantes de pessoas com diabetes, e, quando não diagnosticado precocemente, traz como consequência o pé diabético. Para evitar e postergar todas as complicações o paciente precisa aprender o autocuidado. O objetivo foi avaliar e classificar o pé diabético após intervenção educativa de enfermagem para promover o autocuidado. Este trabalho é um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois, de uma intervenção com 40 pessoas diabéticas, realizada em 2013, em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, Ceará. Realizou-se a intervenção educativa de enfermagem para prevenção de pé diabético e a classificação e avaliação do grau de risco, antes e após as orientações para o autocuidado. A intervenção educativa foi executada utilizando panfletos, modelos anatômicos de pés com e sem lesões e álbum seriado para pessoas com diabetes. Para coletar dados foram utilizados a entrevista semiestruturada e um formulário para avaliação clínica e exame físico do pé. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) — processo nº 201.279. A coleta dos dados seguiu as seguintes etapas: na avaliação inicial aplicou-se intervenção educativa por meio de orientações para o autocuidado e o exame físico dos pés; nas avaliações subsequentes foram reforçadas essas recomendações e na avaliação final foi feito outro exame físico dos pés e a retomada dos cuidados. Os dados foram expostos em tabelas e gráficos analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais por meio do teste de McNemar, com nível de significância de $p \leq 0,05$. Os dados evidenciam uma amostra predominantemente feminina — 62,5% do total de entrevistados (25 mulheres). A faixa etária variou de 32 a 90 anos, com média de $58,6 \pm 11,7$ anos. Quanto ao tempo de diagnóstico, encontrou-se uma média de $8,9 \pm 7,0$ anos. No que diz respeito às comorbidades, 28 (70,0%) pacientes eram portadores de hipertensão arterial e 29 (72,5%) apresentavam sobrepeso ou obesidade. Quanto aos fatores de risco, 9 (22,5%) eram tabagistas e 14 (35,0%) tinham antecedentes familiares para diabetes *mellitus*. Com relação aos cuidados com os pés, 25 (62,5%) não andavam descalços, 39 (97,5%) não usavam calçados apertados, 13 (32,5%) hidratavam os pés, 12 (30,0%) realizavam a lavagem dos pés e 12 (30,0%) examinavam os pés. Quanto ao grau de risco, 17 (42,5%) pacientes estavam em grau de risco 0, 10 (25,0%) em grau 1, 7 (17,5%) em grau 2 e 6 (15,0%) em grau 3. Na avaliação dermatológica, realizada nos momentos inicial e final da pesquisa, foi encontrada significância estatística no corte adequado das unhas ($p=0,0016$), no ressecamento da pele ($p=0,0125$), nas rachaduras ($p=0,0001$) e nas calosidades e úlceras ($p=0,0005$). Adotou-se a Análise de Conteúdo de Bardin para as entrevistas nas quais emergiram categorias temáticas sobre os cuidados com os pés. Destacou-se a categoria autocuidado com o pé diabético e duas subcategorias — higiene e segurança dos pés —, nas quais os pacientes descreveram os cuidados efetuados com os pés. A intervenção educativa contribuiu para o aumento do conhecimento e da aquisição de comportamento positivo para o autocuidado em pessoas com pé em risco.

DESCRITORES: Enfermagem. Diabetes *mellitus*. Pé diabético. Autocuidado.

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em Fortaleza, em 28 de novembro de 2013.

¹Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Luciana Catunda Gomes de Menezes – Rua Valdetário Mota, 1514, apto. 701 – Papicu – CEP: 60175-740 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: lucianacatundagomes@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 25/04/2016 – Aceito para publicação em: 11/10/2016

Conhecimento de Mulheres Incontinentes sobre Incontinência Urinária: uma Reflexão Teórico-Crítica

Knowledge of Incontinent Women about Urinary Incontinence: a Theoretical and Critical Reflection

Conocimientos de las Mujeres Incontinentes acerca de la Incontinencia Urinaria: una Reflexión Teórica y Crítica

Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício¹, Maria Helena Barros Araújo Luz¹, Nirvânia do Vale Carvalho², Bianca Anne Mendes de Brito¹, Jose Lucas Silveira Ferreira¹

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, e pode ocasionar problemas físicos, emocionais, sociais e econômicos. Objetivo: Despertar nos profissionais de saúde, bem como nos gestores de saúde, a dimensão da problemática referente à incontinência urinária. Métodos: Trata-se de uma reflexão teórico-crítica oriunda dos resultados de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação (Mestrado) em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí sobre a falta de conhecimento por parte das mulheres com incontinência urinária quanto à referida condição. Resultados: O conhecimento destas mulheres sobre esta problemática é insuficiente para promover o autocuidado e/ou buscar auxílio profissional. Conclusão: Faz-se necessário discutir sobre as possibilidades de informação e de cuidados que podem ser dispensados às mulheres incontinentes, por meio de uma busca teórico-prática dos principais tipos de tratamento para tal enfermidade, bem como refletir sobre as ações que os profissionais de saúde, os órgãos públicos e os veículos de comunicação têm feito e podem fazer em prol da melhoria da qualidade de vida das mulheres incontinentes.

DESCRITORES: Estomaterapia. Conhecimento. Incontinência urinária. Mulheres.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is the involuntary loss of urine that may result in physical, emotional, social, and economic problems. Objectives: To awaken health professionals and health managers to the dimension of the urinary incontinence problematics. Methods: This is a theoretical and critical reflection based on the results of a master's thesis of a Graduate Master Program in Nursing from *University Federal do Piauí* about lack of knowledge by women with urinary incontinence with regard to this condition. Results: Knowledge of incontinent women on urinary incontinence is insufficient to promote self-care and/or seek professional help. Conclusion: Discussion about the possibilities of information and care provided to incontinent women through a theoretical and practical search of the major types of treatment for such disease is necessary. In addition, we should reflect on the actions that health professionals, public bodies, and communication vehicles have done and can do to improve the quality of life of incontinent women.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Knowledge. Urinary incontinence. Women.

¹Programa de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado) em Enfermagem da UFPI – Teresina (PI), Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Universitária, s/n – Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – bloco 12 – CEP: 64049-550 – Teresina (PI), Brasil – E-mail: cdavb2011@yahoo.com.br

²Mestre em Enfermagem, Enfermeira Intensivista da UTI do Hospital Universitário do Piauí e do Hospital Getúlio Vargas – Teresina (PI), Brasil.

Artigo recebido em: 22/04/2015 – Aceito para publicação em: 17/04/2016

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, que puede causar problemas físicos, emocionales, sociales y económicos. Objetivos: Despertar en los profesionales de salud y gestores de salud la dimensión de la problemática referente a la incontinencia urinaria. Métodos: Se trata de una reflexión teórica y crítica de los resultados de una tesis del Programa de Posgrado (Maestro) en Enfermería de la Universidad Federal de Piauí sobre la falta de conocimiento por mujeres con incontinencia urinaria sobre esta condición. Resultados: El conocimiento de esas mujeres sobre este problema es insuficiente para promover el auto-cuidado y/o buscar ayuda profesional. Conclusión: Es necesario discutir sobre las posibilidades de información y atención que pueden ser suministrados a las mujeres incontinentes, por medio de la búsqueda teórico y práctica de los tipos principales de tratamiento para esta enfermedad, y reflexionar sobre las acciones que los profesionales de salud, organismos públicos y vehículos de comunicación han hecho y pueden realizar hacia la mejora de la calidad de vida de las mujeres incontinentes.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento. Incontinencia urinaria. Mujeres.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela *International Society of Continence* e pela *International Urogynecological Association* como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, e não raramente pode desencadear prejuízos à vida cotidiana das mulheres, principalmente isolamento social, depressão, problemas físicos e de ordem econômica¹. É uma questão que tem sido pauta de discussões entre alguns profissionais de saúde, tais como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros, os quais se preocupam em oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas que lidam com esta doença.

Segundo Buckley e Lapitan², a prevalência de IU em todo o mundo varia entre 25 e 45%. Outros estudos evidenciaram uma média de IU de 27,6% no sexo feminino e 10,5% no masculino. Tal enfermidade se faz presente em aproximadamente 20 a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, aumentando para 25 a 30% dos 40 a 49 anos, mantendo-se assim até os 75 a 89 anos, quando ocorre um novo crescimento para 30 a 35%, e após os 90 anos, a prevalência chega a 35%³. Assim, há um aumento diretamente proporcional à idade, que pode atingir até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas^{2,3}.

A IU é um agravo da saúde de incidência e prevalência crescentes, especialmente em mulheres, sendo o tipo mais comum a incontinência urinária de esforço (IUE), ou seja, quando a perda de urina ocorre por esforços, exercícios, espirro ou tosse. A IUE está associada a quase 50% dos casos, pois além da anatomia feminina favorecer esta ocorrência, as alterações hormonais e os efeitos provocados por gestações e partos podem propiciar o deslocamento e enfraquecimento dos músculos perineais⁴.

Desse modo, percebe-se que a problemática da IU é mais frequente em mulheres e, dentre estas, podem ser observados como fatores de risco associados à sua ocorrência: diabetes *melitus*; medicações anti-hipertensivas; tabagismo; doenças pulmonares, como a doença pulmonar obstrutiva crônica; gestações e partos; alterações hormonais; infecções do trato urinário; sobrepeso; cirurgias pélvicas e, para alguns pesquisadores, ainda não comprovado cientificamente, a atividade física de alto impacto associada ao esforço físico⁵⁻⁷.

No entanto, já existem vários tipos de terapias adotadas para a melhoria e até mesmo cura da incontinência urinária, como o tratamento conservador com o uso de fármacos, os exercícios que podem melhorar a sustentação e a tonicidade da musculatura pélvica e perineal, a cinesioterapia, a eletroestimulação, o *biofeedback*, os cones vaginais, os tubos, a terapia comportamental e as cirurgias. Salienta-se que propostas de atividades físicas podem ser desenvolvidas no sentido de melhorar a continência, nas quais são incluídos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico^{8,9}, que podem ser realizados até mesmo em domicílio, uma vez previamente orientados por um profissional especializado.

Portanto, objetiva-se com esta reflexão despertar nos profissionais de saúde, bem como nos gestores de saúde, a dimensão da problemática da IU.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórico-crítica oriunda dos resultados de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí acerca da falta de conhecimento, por parte das mulheres com IU, relacionado à referida condição.

Além disso, em função da inquietação da primeira autora diante da experiência enquanto enfermeira por sete anos em clínica especializada de Urologia, onde se evidenciou a desinformação da demanda feminina com IU com relação ao problema com o qual conviviam, emergiram questionamentos que serão abordados nos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por que muitas mulheres não conhecem os tratamentos para a incontinência urinária?

Apesar do conhecimento científico produzido e das tecnologias desenvolvidas na tentativa de minimizar as consequências provocadas pela IU, acredita-se que as informações e os métodos para a sua correção ainda não foram veiculados a ponto de repercutirem positivamente na saúde da população feminina incontinente, pois, de acordo com os resultados encontrados na pesquisa em questão, mais de 50% das mulheres participantes do estudo (n=306) não conheciam os diversos aspectos da IU, como suas causas, seus tipos e seu tratamento, os quais seriam adequados e talvez suficientes para melhorar a continência. Diante desses fatos, questiona-se por que grande parte das mulheres não tem conhecimento sobre a IU e os seus tipos de tratamento?

Vivemos atualmente em um mundo globalizado onde as informações são veiculadas de forma instantânea, principalmente às pessoas que possuem algum tipo de acesso aos veículos de comunicação. As políticas de saúde têm sido implantadas e implementadas com o propósito de beneficiar a comunidade, contribuindo com a identificação e o tratamento de agravos que incidem e prevalecem em meio à quantidade enorme de desinformação (e a IU é um deles). Mesmo assim, é notória a inércia tanto das pessoas acometidas pela IU como dos profissionais no sentido de trazer à tona este silencioso problema que é mascarado pelo descaso, pela omissão e acomodação de ambas as partes. Seria o constrangimento das mulheres em não querer se expor a principal razão para tal? Ou talvez a “falta de tempo”, a “dificuldade de investigar” ou até mesmo o “despreparo” dos profissionais em querer ou poder explorar melhor esta queixa?

Por estes e talvez por outros motivos, a IU muitas vezes é subnotificada, pois o estereótipo que a doença traz consigo dificulta o seu diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento de

muitas pessoas que sofrem com a incontinência, as quais preferem se ocultar frente à problemática.

Refletindo o acesso às informações sobre a incontinência urinária

Baseando-se em tais questões, propõe-se uma reflexão quanto à necessidade de acessibilidade às informações sobre este problema de saúde de repercussões tão negativas à vida das pessoas. Questiona-se por que não sugerir ou idealizar uma campanha nacional de divulgação para prevenir e promover a saúde das pessoas que vivenciam a IU? Por que pouco se veicula na mídia sobre o problema? Não seria oportuno a IU estar presente de maneira enfática nos históricos de saúde das instituições para que se busque tal diagnóstico no momento em que admitimos ou avaliamos um(a) paciente? Acredita-se que, dessa forma, seria possível dar atenção a um problema que tem provado a sua dimensão, apesar de ser apenas mostrado por trás de discursos não espontâneos de pacientes que convivem com o problema, relatados por meio de entrevistas direcionadas como pesquisas e trabalhos de campo realizados por profissionais que insistem e não desistem em tentar demonstrar que a IU é um problema que precisa ser pelo menos reconhecido como uma doença.

Muitas pesquisas já foram desenvolvidas e publicadas em periódicos nacionais e internacionais, produzidas por profissionais diversos da área de saúde, tais como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e psicólogos. Talvez estes sejam os mesmos que se deparam muitas vezes com a clientela feminina incontinente durante suas avaliações de saúde em consultas e até mesmo em internações. Assim, acredita-se que algo benéfico em relação à continência é socializado por tais profissionais entre as pessoas acometidas por este problema, pois se encontram exceções, ou seja, mulheres conhecedoras de sua problemática (a IU), o que chega a ser surpreendente quando nos deparamos com uma mulher que conhece algo sobre seu problema.

No entanto, ainda é perceptível, na vivência da primeira autora, o subjugamento da IU por outros profissionais de saúde que, mesmo inseridos nesse contexto, não a valorizam como problema de saúde, passível de provocar alterações que variam desde físicas a graves problemas emocionais. Infelizmente, muitos especialistas do nosso meio ainda desconhecem que aproximadamente 200 milhões de

peças no mundo apresentam algum tipo de IU, e que uma em cada quatro mulheres com idades entre 30 e 59 anos já vivenciou algum episódio de IU¹⁰.

CONCLUSÃO

A desinformação provocada pelos diversos fatores citados nesta reflexão parece ser o obstáculo para a sensibilização e consequentemente para o início da tomada de consciência do problema da IU por parte das mulheres incontinentes. No entanto, o medo de expor seus sentimentos, a sua dignidade e o seu valor perante o profissional e até mesmo a sociedade termina por torná-las omissas frente à perda do controle urinário, comprometendo a autonomia do funcionamento de seu próprio corpo, o que repercute muitas vezes na não aceitação do companheiro, na sua sexualidade, autoimagem e autoestima, desencorajando a sua busca por

ajuda e se recusando ao desafio de enfrentar as dificuldades na luta por medidas de prevenção, tratamento e cura da IU.

Dessa forma, a desvalorização das queixas apresentadas por estas mulheres contribui significativamente para que o problema não seja percebido na prática por elas e consequentemente pelo profissional de saúde que poderia reconhecê-lo e indicar algum tipo de tratamento adequado.

Assim, ao final desta reflexão, pode-se sugerir que o desenvolvimento de estratégias ou políticas de saúde voltadas para a problemática em questão seriam, talvez, os meios favoráveis para despertar a atenção das mulheres e dos profissionais de saúde para a problemática da IU, possibilitando desta forma uma melhor inserção destes no sentido de investigar, diagnosticar, orientar e tratar a IU.

Acredita-se que, assim, os prejuízos provocados pela IU à vida das mulheres poderiam ser amenizados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida delas e a redução dos índices de incidência e prevalência da IU.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Khoury Saad, Wein Alan. Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence. Paris: ICUD-EAU; 2012.
2. Buckley BS, Lapitan MC. 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.
3. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82(3):327-38.
4. Seim A, Eriksen BC, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. *Demography medical history, and clinical findings*. *Scand J Urol Nephrol*. 1996;30(6):465-71.
5. Higa R, Lopes MH, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92.
6. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(2):339-45.
7. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LH, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2011;35(5):428-35.
8. Chiapara TR, Cacho DP, Alves AF. Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica, Paulista Editora; 2007.
9. Caetano AS, Tavares MC, Lopes MH, Poloni RL. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. *Rev Bras Med Esporte*. 2009;15(2):93-97.
10. Contregas OO. Stress urinary in gynecological practice. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004;86(1):6-16.

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). 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, com link pelo site 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).
- 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.

