

ESTIMA



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

Brazilian Journal of Enterostomal Therapy



**As opções
que você quer.**

**A solução que
você precisa.**

Linha de Adjuvantes Adapt para Estomia.

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

Você pode escolher o produto ou a combinação de produtos capazes de promover mais qualidade de vida no seu dia a dia.



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

0800 778 1000

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

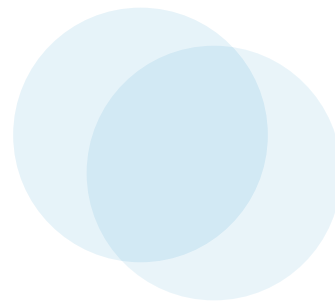
Estomia Hollister. **Os Detalhes Importam.**

 **Hollister**

www.hollister.com/brazil

ESTIMA

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



EDITORES

Editora Chefe: Maria Ângela Bocara de Paula

Editores Científicos: Gisele Regina Azevedo e Juliano Teixeira Moraes

CONSELHO EDITORIAL NACIONAL

Adriana Pelegrini dos Santos Pereira

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – FAMERP (SP)

Afonso Henrique da Silva e Souza Jr.

Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)

Diana Lima Vilela

Enfermeira, PhD – Hospital do Câncer (SP)

Diba Maria Sebba Tosta de Souza

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – UNIVÁS (MG)

Eline Lima Borges

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UFMG (MG)

Gisele Martins

Enfermeira, PhD – UnB (DF)

Gisele Regina Azevedo

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – FCMS-PUC (SP)

Isabel Cristina Ramos Vieira Santos

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UPE (PE)

Juliano Teixeira Moraes

Enfermeiro Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UFSJ (MG)

Kazuko Uchikawa Graziano

Enfermeira, PhD – EEUSP (SP)

Leila Blanes

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – Hospital São Paulo (SP)

Letícia Faria Serpa

Enfermeira, PhD – Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)

Lydia Massako Ferreira

Médica, PhD – UNIFESP (SP)

Maria Angela Boccara de Paula

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UNITAU (SP)

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UNICAMP (SP)

Maria Helena Barros de Araújo Luz

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – UFPI (PI)

Maria Helena Caliri

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – EEUSP (SP)

Mônica Antar Gamba

Enfermeira Especialista em Dermatologia, PhD – UNIFESP (SP)

Noemi Marisa Brunet Rogenski

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – Hospital Universitário – USP (SP)

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST – UERJ (RJ)

Pedro Roberto de Paula

Médico, PhD – UNITAU (SP)

Regina Ribeiro Cunha

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UFPA (PA)

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UNICAMP (SP)

Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – EEUSP (SP)

Vilma Madalosso Petuco

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UPF (RS)

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Christine Norton

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – King's College (Reino Unido)

Federico Palomar Llatas

Enfermeiro Especialista em Dermatologia, PhD – Universidad Católica de Valencia (Espanha)

José Contreras Ruiz

Médico, PhD – Hospital General DR. Manuel Gea Gonzalez (México)

Kevin Woo

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

Sandra Nidia Guerrero Gamboa

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – Universidad Nacional de Colombia (Colômbia)

EXPEDIENTE

GESTÃO DA SOBEST 2015 – 2017

DIRETORIA

Presidente: Maria Angela Boccarda 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 (MG)

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 Teixeira Moraes (MG)

seccionais@sobest.com.br

Conselho Fiscal

Vanessa Soares de Araújo (SP)

Rosa Takako Eguchi (SP)

Danivea Bongiovanni Poltronieri Munhoz (SP)

Delegado Internacional

See Hee Park Kim (SP)

Seção Bahia

Presidente Seccional: Roberta Mendonça Viana

Seção Ceará

Presidente Seccional: Luciana Catunda Gomes de Menezes

Seção Distrito Federal

Presidente Seccional: Janete Carvalho Freitas

Seção Minas Gerais

Presidente Seccional: Mauro Souza Ribeiro

Seção Paraná

Presidente Seccional: Gisela Maria 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 Cristina Zemke Barreiros 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 Publishers / Instituto Filantropia

Capa: Zeppelini Publishers

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) 3081-0659

www.sobest.org.br

sobest@sobest.org.br

Edições anteriores:



Vol 15 Edição 1
(jan/fev/mar 2017)



Vol 15 Edição 2
(abr/mai/jun 2017)

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 3 • 2017

126 EDITORIAL

Gisele Regina Azevedo

ARTIGO ORIGINAL

127 Critérios para realização de curativo em paciente com infecção de órgão/cavidade após cirurgia cardíaca

Criteria of caring in dressings of patient with organ infection/cavity after cardiac surgery

Criterios para la realización de curativos en pacientes con infección de órgano/cavidad después de la cirugía

Christiane Pereira Martins Casteli, Ana Paula da Conceição, Andrea Cotait Ayoub

132 Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária

Impact on the daily lives of women with urinary incontinence

Impacto en el cotidiano de las mujeres con incontinencia urinaria

Luciana Rosa, Maria Teresa Brasil Zanini, Karina Cardoso Gubis Zimmermann, Mariana Garcia Ghisi,

Camila Martins Policarpo, Valdemira Santana Dagostin, Morgana Borba Salvador

139 Lesão por pressão: avaliação dos custos do tratamento em idosos atendidos em domicílio na saúde suplementar

Pressure injury: assessment of treatment costs in home-cared elderly in supplemental health

Daños por presión: evaluación de los gastos de asistencia domiciliar con ancianos en salud complementaria

Vanessa Gomes Augusto, Michele Pontes Moreira, Solange Gurgel Alexandre

145 Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão

Braden Scale: guiding instrument for pressure ulcer prevention

Escala de Braden: instrumento guía para la prevención de úlceras de presión

Jeanne Silvestri Wechi, Lúcia Nazareth Amante, Nádia Chiodelli Salum, Eliane Matos, Tatiana Martins

152 Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação

Incidence of pressure injuries in Intensive Care Unit in an accredited hospital

Incidencia de las lesiones de presión en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital con acreditación

Anne Kayline Soares Teixeira, Tiago da Silva Nascimento, Ingrid Thaís Lopes de Sousa, Luis Rafael Leite Sampaio,

Alessandra Rocha Mororó Pinheiro

161 Conhecimento de enfermeiras do Programa de Estratégia Saúde da Família sobre estomias intestinais e urinárias

The knowledge of Family Health Strategy Program nurses about intestinal and urinary stomas

Conocimiento de las enfermeras del Programa Estratégico Salud de la Familia sobre estomas intestinales y urinarios

Claudia Regina de Souza Santos, Ângela Cristina de Souza Corrêa, Diosdete da Silva

ARTIGO DE REVISÃO

169 O cuidado de enfermagem em Estomaterapia e o uso das tecnologias

Nursing care in Stomatherapy and the use of technologies

El cuidado de enfermería en Estomaterapia y el uso de las tecnologías

Shino Shoji, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, Vanessa Cristina Maurício, Carolina Cabral Pereira da Costa,

Fabiano Teixeira Alves

RELATO DE CASO

178 Uso do equipamento para controle da incontinência anal no paciente com dermatite: relato de caso

Use of the device for control of anal incontinence in patients with dermatitis: case report

Uso del equipamiento de controle de la incontinencia anal en paciente con dermatitis: relato de caso

Ana Patrícia de Cerqueira Greco, Andressa de França Guimarães, Taíse Santos do Nascimento

ATUALIZAÇÃO

182 Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna

ABC model for leg ulcer management

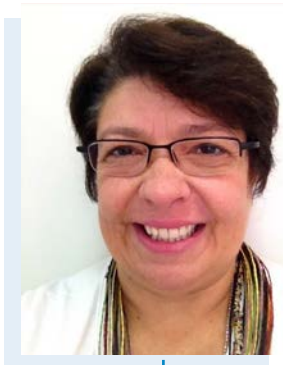
Modelo ABC para el manejo de la úlcera venosa de pierna

Eline Lima Borges, Camyle de Melo dos Santos, Mariana Raquel Soares

188 ERRATA

V INSTRUÇÕES AOS AUTORES

EDITORIAL



Caros colegas,

A partir do próximo ano a Revista *Estima* estará disponível apenas no formato eletrônico, como parte de um grande projeto de melhoria de nossos indicadores e de inserção em novas bases de dados.

Para isso, a única revista de estomaterapia da América Latina precisa ter mais espaço para artigos originais, além de estar disponível em inglês e espanhol, com vistas à ampla divulgação entre os enfermeiros das Américas.

Para aqueles que estão em fase de elaboração de seus projetos, bem como os coordenadores de cursos de Estomaterapia e orientadores de trabalhos de pesquisa na área, adiantamos que a utilização de alguns guias poderá facilitar a escrita do artigo e consequentemente sua publicação nesta ou em outras revistas. Destacamos aqui para estudos qualitativos o acesso ao guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research Checklist (COREQ) (http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf) e o Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para os casos de estudos epidemiológicos (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>). Ademais, os ensaios clínicos devem obter o Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos, por intermédio da página virtual <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>, além de seguir os princípios éticos destacados no Committee on Publication Ethics (COPE) (https://publicationethics.org/files/Principles_of_Transparency_and_Best_Practice_in_Scholarly_Publishingv2.pdf) e a observação rigorosa das normas Vancouver (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>).

Enfim, essas mudanças farão com que todos os estudos publicados possam obter muito mais alcance e visibilidade, com ganho significativo para os autores, para a revista e para a estomaterapia.

Boa leitura e um grande abraço,

Prof. Dra. Gisele Regina Azevedo
Editora

Critérios para realização de curativo em paciente com infecção de órgão/cavidade após cirurgia cardíaca

Criteria of caring in dressings of patient with organ infection/cavity after cardiac surgery

Criterios para la realización de curativos en pacientes con infección de órgano/cavidad después de la cirugía

Christiane Pereira Martins Casteli¹, Ana Paula da Conceição², Andrea Cotait Ayoub³

RESUMO

A infecção de órgão/cavidade é uma grave complicação infecciosa no pós-operatório de cirurgia cardíaca, associada à osteomielite, resultando em uma ferida complexa. É primordial que o enfermeiro identifique os critérios de classificação de ferida complexa, para planejar a realização de curativo para esse tipo de ferida. Objetivo: Identificar os critérios utilizados pelos enfermeiros para classificar feridas de alta complexidade. Método: Estudo descritivo-exploratório, prospectivo e quantitativo, realizado em uma instituição hospitalar pública da cidade de São Paulo. Participaram 24 enfermeiros que responderam a pergunta aberta sobre critérios de seleção de curativo. Resultados: O critério citado por 21 (87,5%) enfermeiros foi a existência de infecções graves. Indivíduos jovens e com menor tempo de formação e atuação profissional apresentaram maior conhecimento sobre os critérios que definem a complexidade da ferida ($p=0,057$). Conclusão: O conhecimento adquirido foi suficiente para que esses enfermeiros reconhecessem as situações em que irão atuar no cuidado direto ao paciente com ferida complexa.

DESCRITORES: Deiscência da ferida operatória. Cicatrização. Enfermagem. Avaliação. Estomaterapia.

ABSTRACT

The organ infection/cavity is a serious infectious complication after cardiac surgery associated with osteomyelitis, resulting in a complex wound. It is essential that nurses identify the wound classification criteria complex, to plan the realization of healing for this type of wound. Objective: To identify the criteria used by nurses to rank highly complex wounds. Method: a descriptive study, prospective, quantitative, held in a public hospital in the city of São Paulo. They attended 24 nurses who answered the question open on dressing selection criteria. Results: The criterion cited by 21 (87,5%) nurses was the existence of infections serious. Juveniles and less time training and professional experience had greater knowledge on the criteria that define the complexity of the wound ($p = 0,057$). Conclusion: The knowledge acquired was sufficient to these nurses recognize the situations in which they will work in direct care to patients with complex wound.

DESCRIPTORS: Surgical wound dehiscence. Wound healing. Nursing. Evaluation. Stomatherapy.

¹Enfermeira. Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Enfermeira Chefe da Enfermaria Adulto do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) – São Paulo (SP), Brasil. Endereço para correspondência: Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 – Vila Mariana – CEP: 04012-909 – São Paulo, Brasil. E-mail: chrisperiramartins@gmail.com

²Enfermeira. Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP. Enfermeira Chefe da Enfermaria Adulto do IDPC – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: apauladaconceicao@gmail.com

³Enfermeira. Doutora e Mestre em Ciências da Oncologia – Hospital do Câncer. Diretora Técnica da Divisão de Enfermagem do IDPC – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: andreacotaitayoub@gmail.com

Artigo recebido em: 12/11/2013 – Aceito para publicação em: 25/05/2015

RESUMEN

La infección de órgano/cavidad es una complicación grave infecciosa del post operatorio de cirugía cardíaca, asociada a la osteomielitis, resultando en una herida compleja. Es primordial que los enfermeros identifiquen los criterios de clasificación de estas heridas complejas, para planificar la realización de un curativo para este tipo de herida. Objetivo: Identificar los criterios utilizados por los enfermeros para clasificar heridas de alta complejidad. Método: Estudio descriptivo-exploratorio, prospectivo y cuantitativo, realizado en una institución hospitalar pública de la ciudad de São Paulo. Participaron 24 enfermeros que respondieron a preguntas abiertas sobre criterios de selección de curativos. Resultados: El criterio citado por 21 (87,5%) de los enfermeros fue la existencia de infecciones graves. Individuos jóvenes, con menor tiempo de formación y actuación profesional presentaron mayor conocimiento sobre los criterios que definen la complejidad de la herida ($p = 0,057$). Conclusión: El conocimiento adquirido fue suficiente para que estos enfermeros reconocieran las situaciones en que irán actuar en el cuidado directo al paciente con herida compleja.

DESCRIPTORES: Dehiscencia de herida operatoria. Cicatrización de Heridas. Enfermería. Avaliação. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A infecção de órgão/cavidade é uma grave complicação infecciosa no pós-operatório de cirurgia cardíaca, com incidência de 0,4 a 5% e mortalidade entre 6 e 70%¹. Trata-se de uma infecção profunda da ferida operatoria com evidência clínica e/ou microbiológica do comprometimento do espaço retroesternal, associada à osteomielite, resultando em uma ferida complexa².

Ferida complexa é uma ferida de difícil resolução, aguda ou crônica, e que está associada a uma ou mais das seguintes situações: perda cutânea extensa, viabilidade dos tecidos comprometida (concomitante com isquemia e necrose local), infecções graves e associação com doenças sistêmicas que causam prejuízo para os processos normais de cicatrização (como diabetes, vasculopatias, vasculites entre outros)^{3,4}, que servem como critérios na identificação deste tipo de ferida.

Devido à sua complexidade, a prevenção e o tratamento dessas feridas necessitam de uma abordagem multidisciplinar. Dessa forma, muitas instituições de saúde adotam a estratégia de formar uma comissão para tal fim, com o objetivo de elaborar e implementar protocolos que norteiem a prevenção e o tratamento de feridas, padronizar novas tecnologias, avaliar o paciente com ferida, planejar e implementar o cuidado e avaliar os resultados obtidos.

O enfermeiro possui um papel fundamental no reconhecimento de feridas complexas, a fim de iniciar o tratamento o mais rápido possível, evitando assim as suas complicações. No entanto, é necessário que este profissional tenha uma visão clínica que relacione alguns pontos importantes que influenciam neste processo, como o reconhecimento dos sinais e sintomas, compreensão da fisiopatologia e do tratamento das feridas complexas, além do controle da patologia

de base (hipertensão, *diabetes mellitus*), aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e, sobretudo, o rigor e a qualidade do cuidado⁵.

Dessa forma, será possível projetar um caminho clínico, pelo qual o enfermeiro realizará planejamento de tratamento adequado e acompanhará a evolução da ferida, juntamente com a equipe multidisciplinar⁶.

Diante da importância da avaliação para abordagem e tratamento de feridas, surgiu a necessidade de realizar um estudo que pudesse identificar os critérios utilizados pelos enfermeiros para classificar ferida complexa em paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, uma vez que o tratamento depende de avaliações sistematizadas e intervenções de acordo com o processo de cicatrização.

OBJETIVO

Identificar a concordância dos critérios utilizados pelos enfermeiros para classificar ferida complexa, segundo referencial teórico, em paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Verificar a associação entre as variáveis do perfil com as respostas sobre os critérios para classificação ferida complexa.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, prospectivo e quantitativo, realizado em uma instituição hospitalar pública, de grande porte, referência em ensino e pesquisa na área cardiovascular da cidade de São Paulo. A amostra foi constituída por 24 enfermeiros que responderam a pergunta aberta sobre

os critérios utilizados para classificar uma ferida complexa em paciente com infecção de órgão/cavidade após cirurgia.

As respostas foram categorizadas de acordo os critérios da classificação de ferida complexa, segundo o referencial de Coltro et al.³, sendo eles: perda cutânea extensa, viabilidade dos tecidos comprometida, infecções graves e associação com doenças sistêmicas.

As variáveis de associação foram idade, sexo, tempo formação, número de especializações (nenhuma, uma, duas ou mais), tempo de atuação na instituição e unidade de trabalho (críticas: terapias intensivas, pronto socorro, centro cirúrgico, hemodinâmica, e não críticas: enfermarias, serviço de controle de infecção hospitalar).

A coleta de dados foi realizada em outubro de 2010. Foram excluídos da amostra os enfermeiros que integravam a Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas da Instituição, campo de estudo, pois possuem conhecimento sobre avaliação de feridas complexas.

Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva. Foi utilizado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (duas categorias) e o teste de Kruskal-Wallis (três ou mais categorias). Para a associação entre pares de variáveis quantitativas foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson. Por fim, para pares de variáveis categóricas foi utilizado o teste de Mc Nemar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição campo deste estudo sob o protocolo n.3993.

RESULTADOS

Houve prevalência de 87% do sexo feminino, com idade média de 35 anos, 42% com tempo de formação de 1 a 5 anos, 87% com uma ou mais especializações e 58% com experiência de 1 a 5 anos na instituição, campo do estudo, conforme descrito na Tabela 1.

Os critérios identificados pelos enfermeiros para classificação das feridas complexas (Tabela 2) foram a presença de infecções graves (87,5%), a viabilidade dos tecidos comprometidas (70,8%), perda cutânea extensa (66,7%) e identificação do tipo de ferida (55%), relacionado a etiologia e tempo de reparação tecidual.

A relação entre as variáveis do perfil e as respostas dos enfermeiros perante os critérios de classificação das feridas complexas, segundo o referencial de Coltro³, não revelou associação estatisticamente significativa, como descrito na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Analisando o perfil dos enfermeiros envolvidos no cuidado ao paciente com ferida complexa, observou-se predominância do gênero feminino, o que reproduz a característica histórica da enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres^{7,8}.

Indivíduos jovens e com menor tempo de formação e atuação profissional apresentaram uma correlação negativa, conforme Tabela 3, sugerindo que esses indivíduos tendem a um maior conhecimento sobre os critérios que definem a complexidade da ferida, corroborando com outros achados^{7,8}.

Esses resultados podem ser decorrentes da influência sobre o desenvolvimento desta temática nas últimas três décadas, principalmente sobre feridas complexas^{3,6,9,10} e do investimento no aprimoramento dos seus conhecimentos

Tabela 1. Descrição das variáveis do perfil dos enfermeiros. São Paulo, 2010.

Características Demográficas (n=24)	n	%
Gênero		
Feminino	21	87,5
Idade (anos)		
Média (Máx-Min)	35 (53-23)	
Tempo de Formação (anos)		
1 a 5	10	42,0
6 a 10	5	21,0
11 a 15	4	17,0
16 a 20	2	8,0
Acima de 20	3	13,0
Número de Especializações		
Nenhuma	3	13,0
1	12	50,0
2 ou mais	9	37,0
Tempo de Atuação na Instituição (anos)		
1 a 5	14	58,0
6 a 10	3	13,0
11 a 15	4	17,0
16 ou mais	3	13,0
Área de atuação		
Crítica	13	54,0
Não Crítica	11	46,0

Tabela 2. Estatística descritiva dos critérios identificados pelos enfermeiros que definem feridas complexas. São Paulo, 2010.

Critério de Classificação de Feridas Complexas	Sim		Não	
	n	%	n	%
Perda cutânea extensa	16	66,7	8	33,3
Viabilidade dos tecidos comprometidas	17	70,8	7	29,2
Infecções graves	21	87,5	3	12,5
Associação com doenças sistêmicas	0	0,0	24	100,0
Outros critérios citados				
Tipo de Ferida	13	55,0	11	45,0
Condições clínicas	4	16,7	20	83,3
Localização da ferida	3	12,5	21	87,5
Estado nutricional	1	4,2	23	95,8
Dor	1	4,2	23	95,8

Tabela 3. Relações entre as variáveis e os acertos dos Critérios de Classificação de Feridas Complexas. São Paulo, 2010.

Variáveis Qualitativas	Média (DP)	Valor p
Gênero		
Feminino	2,29 (0,78)	0,178*
Masculino	2,00 (1,00)	
Unidade de Trabalho		
Área crítica	2,08 (0,95)	0,424*
Área não crítica	2,45 (0,52)	
Especialização		
Nenhuma	1,67 (0,57)	0,247**
Uma	2,33 (0,65)	
Duas ou mais	2,33 (1,00)	
Variáveis Quantitativas	Correlação	Valor p
Idade	-0,394	0,057***
Tempo de Formação	-0,384	0,064***
Tempo de Atuação na Instituição	-0,340	0,104***

*Wilcoxon-Mann-Whitney; **Kruskal-Wallis Test; ***Pearson Correlation; DP: desvio padrão

técnico-científicos por meio de cursos de pós-graduação¹¹ — que, na amostra do presente estudo, apresentou 88% dos enfermeiros possuindo ao menos uma especialização (Tabela 1), em sua maioria na área de cardiologia e terapia intensiva, tendo apenas dois especialistas em estomaterapia. Isto demonstra que os enfermeiros vêm buscando aperfeiçoamento nos cursos de pós-graduação para qualificação profissional, como elucidado no estudo sobre condutas dos enfermeiros no tratamento de feridas¹².

O conhecimento da fisiopatologia, avaliação e tratamento das feridas complexas ainda é um desafio para toda a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado deste paciente³. O enfermeiro destaca-se no cuidado direto ao paciente, pois a presença deste profissional e sua equipe ocorre de maneira contínua no cenário hospitalar, e, conseqüentemente, maior responsabilidade com o cuidado e resultados do processo cicatricial¹³.

Estudo sobre as práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida enfatiza a abordagem desta temática nos cursos de graduação^{11,14}.

Em relação à área de atuação, percebemos que enfermeiros que atuam em unidades não críticas identificaram maior número de critérios que definem feridas complexas.

Consideramos que essa tendência possa ser decorrente do perfil de atuação do enfermeiro em cada área, quando em terapias intensivas os enfermeiros priorizam monitorização contínua do estado geral do paciente, a identificação rápida de instabilidade que necessite de intervenção emergencial, subsidiada por equipamentos tecnológicos para suporte a vida, de forma integrada focado no prognóstico do paciente crítico¹⁵. Enquanto isto, nas enfermarias os pacientes possuem maior estabilidade clínica (o que proporciona ao enfermeiro uma avaliação holística para atender a todas as necessidades que surgirem durante o período de internação)¹⁶, que geralmente na presença de ferida complexa estende-se. Neste contexto, o enfermeiro de unidades não críticas tem maior oportunidade de capacitação em serviço no cuidado a feridas complexas.

Ressaltamos também que os enfermeiros identificaram outros critérios de avaliação de ferida complexa, o que mostra a preocupação do enfermeiro na avaliação integral do paciente e no planejamento da assistência direcionada, não apenas à ferida, mas, sobretudo, as condições gerais do paciente como estado nutricional, condições clínicas e dor, que interferem na evolução da ferida⁵.

A avaliação da ferida pode ocasionar interpretações variadas, de acordo com a experiência e conhecimento de

cada profissional, gerando interpretações diversificadas e até conflitantes¹⁷.

Consideramos necessário que os enfermeiros detenham o conhecimento sobre tais fatores, com a finalidade de traçar estratégias que viabilizem o controle e a cicatrização, sem outras complicações⁵.

As principais limitações deste estudo devem-se a pouca experiência profissional e ao número reduzido da amostra, com sujeitos de um único centro hospitalar, além de delimitamento transversal o que não permite estabelecer relações temporais entre as variáveis.

Faz-se necessário aprofundar o estudo sobre este fenômeno em populações de diferentes cenários de saúde para direcionar os investimentos de ações educacionais.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar os critérios utilizados pelos enfermeiros para classificar ferida complexa em paciente com

infecção de órgão/cavidade. Indivíduos jovens e com menor tempo de formação e atuação profissional apresentaram maior conhecimento sobre os critérios que definem a complexidade da ferida.

O presente estudo repercutiu nas ações educativas da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF) da Instituição.

Para atender a necessidade dos enfermeiros sobre o conhecimento acerca deste tipo de ferida, a comissão elegeram como meta o desenvolvimento da competência clínica dos enfermeiros, relacionada à avaliação, conduta terapêutica e padronização de procedimentos, produtos e registros, a fim de fundamentar a prática destes profissionais e aprimorar a assistência ao paciente com ferida, em especial às feridas complexas.

A capacitação em serviço e estímulo para formação de especialistas em estomatoterapia será outro investimento institucional. Entendemos que com a capacitação do enfermeiro visando a prevenção, o tratamento e a recuperação do paciente com ferida complexa.

REFERÊNCIAS

1. Brito JD, Assumpção CR, Murad H, Jazbik AP, de Sá MPL, Bastos ES, et al. Manuseio em um estágio de esternotomia infectada com avanço bilateral de flap miocutâneo do peitoral maior. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(1):58-63.
2. Sá MPBO, Silva DO, Souza Lima EN, Lima RC, Silva FPV, Rueda FG, et al. Mediastinite no pós-operatório de cirurgia cardiovascular: análise de 1038 cirurgias consecutivas. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010; 25(1):19-24.
3. Coltro OS, Ferreira MC, Batista BPSN, Nakamoto HA, Milcheski DA, Tuma Júnior P. Tratamento cirúrgico das feridas complexas: experiência da cirurgia plástica no Hospital das Clínicas da FMSUP. *Rev Med.* 2010;89(3/4):153-7.
4. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR; Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20(4):250-8.
5. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):98-105.
6. Ferreira SRS, Périco LAD. Assistência de enfermagem a pacientes com feridas em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Técnico-científica Grupo Hospitalar Conceição.* 2002;16(1):39-52
7. Silva MJP, Dias DC. O registro da prática da enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. *Nursing.* 1999;11:21-6.
8. Bajay HM, Araújo IEM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(3):290-5.
9. Harding KG, Morris HL, Patel GK. Science, medicine and future: healing chronic wounds. *BMJ.* 2002;324(7330):160-3.
10. Ferreira MC, Tuma Jr. P, Carvalho VF, Kamamoto F. Complex wounds. *Clinics.* 2006;61(6):571-8.
11. Salomé GM. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. *Saúde Coletiva.* 2009;6(35):280-7.
12. Moreira RAN, Queiroz TA, Araújo MFM, Araújo TM, Caetano JA. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. *Rev Rene.* 2009;10(3):83-9.
13. Carvalho LS, Ferreira SC, Silva CA, Santos ACPO, Regebe CMC. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2007;31(1):77-89.
14. Moore Z, Price P. Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *J Clin Nurs.* 2004;13(8):942-51.
15. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enf.* 2005;13(2):145-50.
16. Costa KS, Rodrigues APB, Silva AG, Feitosa MSL. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. *Revista Interdisciplinar.* 2012;5(3):9-14.
17. Healey F. Classificação das úlceras de pressão II. *Nursing.* 1997;109:16-20.

Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária

Impact on the daily lives of women with urinary incontinence

Impacto en el cotidiano de las mujeres con incontinencia urinaria

Luciana Rosa¹, Maria Teresa Brasil Zanini², Karina Cardoso Gubis Zimmermann³, Mariana Garcia Ghisi⁴, Camila Martins Policarpo⁴, Valdemira Santana Dagostin⁵, Morgana Borba Salvador⁶

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o impacto no cotidiano das mulheres com incontinência urinária (IU) e a percepção desse impacto por elas. A IU é uma patologia que provoca perda involuntária de urina. A presente pesquisa teve cunho qualitativo e descritivo e foi desenvolvida em um centro especializado em Urologia no Sul de Santa Catarina, com 15 mulheres com diagnóstico de IU, comprovado por meio do estudo urodinâmico. Utilizou-se para coletar os dados a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados com a técnica de análise simples de conteúdo. Respeitaram-se em todos os momentos da pesquisa os aspectos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12. Os resultados vêm ao encontro com os de outros estudos: mulheres incontinentes com qualidade de vida afetada em seu cotidiano nas questões profissionais, domésticas, sexuais, físicas e psicológicas. Constatou-se também o desconhecimento das causas que as levaram a desenvolver a IU, já que o problema foi atribuído a fatores que não têm nenhuma fundamentação científica. Observou-se ainda relação importante entre a IU e os processos psicológicos de tristeza, ansiedade e isolamento social. Em conclusão, o estudo evidenciou a influência da IU nos mais variados aspectos do dia a dia da mulher, requerendo dela uma atitude proativa como protagonista principal para a produção e o resgate de sua saúde.

DESCRITORES: Incontinência urinária. Saúde da mulher. Qualidade de vida. Estomaterapia.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the impact on women's daily lives with urinary incontinence (UI) and the perception of this impact according to them. The UI is a condition that provokes involuntary loss of urine. This research had qualitative and descriptive nature and was developed in a Urology center in Southern Santa Catarina, in Brazil, with 15 women diagnosed with UI, which was confirmed through the urodynamic study. Semi-structured interview was used to collect the data. Data were analyzed with the simple content analysis technique. We respected in all moments of the research the ethical aspects described on the National Council of Health (CNS) Resolution no. 466/12. The results are in agreement with the ones reached by other studies: incontinent women with affected quality of life in their daily lives in professional, domestic, sexual, physical and psychological issues. Ignorance of the UI causes was also observed, since the problem was attributed to factors that have no scientific basis. It was also seen an important relation between the UI and psychological processes of sadness, anxiety and social isolation. In conclusion, the study showed the influence of UI in various aspects of women's everyday life, requiring their proactive attitude as the main protagonist for the production and recovery of their health.

DESCRIPTORS: Urinary incontinence. Women's health. Quality of life. Stomatherapy.

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) – Criciúma (SC), Brasil; Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil; e Centro de Tratamento de Cálculos Renais – Criciúma (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua José do Patrocínio, 170, ap. 502 – Centro – CEP: 88801-680 – Criciúma (SC), Brasil. E-mail: bridaluu@yahoo.com.br

²Unesc – Criciúma (SC), Brasil; e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

³Mestrado na concentração em Filosofia e Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Curso de Especialização em Estomaterapia – Criciúma (SC), Brasil.

⁴Curso de Enfermagem da Unesc – Criciúma (SC), Brasil.

⁵Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unesc – Criciúma (SC), Brasil.

⁶Curso de Enfermagem da Escola Superior de Criciúma (Esucri) – Criciúma (SC), Brasil.

Artigo recebido em: 07/07/2015 – Aceito para publicação em: 23/07/2016.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el impacto en la vida cotidiana de las mujeres con incontinencia urinaria (IU) y la percepción de este impacto para ellas. La IU es una condición que resulta en la pérdida involuntaria de orina. Esta investigación tuvo un carácter cualitativo y descriptivo y se desarrolló en un centro especializado en Urología en el Sur de Santa Catarina, Brasil, con 15 mujeres con diagnóstico de IU que fue probada por el estudio urodinámico. La recolección de datos utilizó la entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados con la técnica del análisis de contenido simple. Se respetan en todos los momentos del estudio los aspectos éticos de investigación de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud. Los resultados están de acuerdo con otros estudios: mujeres incontinentes con la calidad de la vida afectada en su vida cotidiana en la ocupación de las cuestiones profesionales, domésticas, sexuales, físicas y psicológicas. Se constató también la ignorancia de las causas que las llevó a desarrollar la IU, como se atribuyeron a factores que no tienen base científica. Todavía había una importante relación entre la IU y los procesos psicológicos de tristeza, ansiedad y aislamiento social. En conclusión, el estudio muestra la influencia de la IU en varios aspectos de la vida cotidiana de las mujeres, lo que requiere su actitud proactiva como la protagonista principal de la producción y la recuperación de su salud.

DESCRIPTORES: Incontinencia urinaria. Salud de la mujer. Calidad de vida. Estomatoterapia.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) definiu incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina, valorizando o relato do paciente, podendo ser classificada, de acordo com seus sintomas, achados clínicos e exames adicionais, em: IU de esforço (IUE), hiperatividade detrusora idiopática (HDI) ou IU mista (IUM)^{1,2}.

A IUE ocorre quando há perda involuntária de urina durante o esforço, exercícios físicos, ao espirrar ou tossir. Já a HDI é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida por urgência, e a IUM dá-se quando acontece queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços. Dependendo das condições de saúde, do tipo e do estágio da incontinência, o tratamento pode ser cirúrgico, medicamentoso, fisioterápico ou comportamental. Por intermédio dessas intervenções, é possível que a cura seja obtida, os sintomas sejam minimizados ou a mulher aprenda a lidar melhor com o problema³.

O funcionamento da bexiga é comandado por um sistema complexo de nervos que se concentra no trígono e envolve estruturas como: sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e estruturas do trato urinário. É a interação entre essas estruturas que estabelece o equilíbrio coordenado e harmônico, determinando a continência urinária⁴.

Os distúrbios psicológicos da IU em mulheres causam aflição e incapacidade, o que têm levado à significativa morbidade, por conta de sentimentos de vergonha e do medo

de sofrer rejeição, pois a perda inesperada de urina pode ser uma ameaça a sua autoestima⁵.

Em um estudo transversal, foram avaliadas 505 mulheres com IU que frequentaram os serviços de Urologia e Ginecologia de quatro hospitais no centro de Portugal. Delas, 351 (69,5%) tiveram HDI; 107 (21,2%), IUE e 47 (9,3%), IUM. A IUE foi associada a tabagismo, consumo de álcool, prisão de ventre, gravidez, paridade e infecções vaginais; por sua vez, a IUE, à idade acima de 50 anos, à profissão, ao tabagismo e às mulheres que se sentavam por duas horas ou menos por dia. Já a IUM estava relacionada com idade de 50 anos ou menos, tabagismo, mulheres que se sentavam por duas horas ou menos por dia e aquelas que normalmente transportavam mais de 3 kg de peso. Impacto negativo na qualidade de vida foi relatado por 501 (99,2%) mulheres. Comparadas com as mais jovens participantes, mulheres com mais de 50 anos apresentaram distúrbios do sono, energia e limitações de desempenho⁶.

A etiologia da IU é multifatorial e a mais comum é a IUE. IU consiste num problema interdisciplinar que se encontra na esfera de interesses de diferentes especialidades. O diagnóstico inicial deve começar por reunir a história médica e pode ser preenchido pelo questionário de qualidade de vida. Atualmente, um dos métodos de diagnóstico não invasivo é o estudo de ultrassom. Numa situação em que o diagnóstico não pode ser colocado ou quando o tratamento cirúrgico se faz necessário, a paciente precisa realizar o estudo urodinâmico⁷.

No Brasil, as pesquisas são poucas e ficam restritas a alguns grupos populacionais, dificultando saber a real

situação das mulheres brasileiras. Existem na literatura certos métodos de tratamento para a patologia, tanto invasivos quanto não invasivos e cirúrgicos, tais como: cirurgia de Sling, eletroestimulação do assoalho pélvico, terapia com cones vaginais, exercícios perineais e tratamento farmacológico. Os tratamentos são os mesmos de antigamente; o que mudou foram as técnicas cirúrgicas e os equipamentos, que ficaram mais modernos, favorecendo as oportunidades de tratar e melhorar a IU. A enfermagem tem papel de extrema importância no diagnóstico e no tratamento da referida questão. Ela tem os objetivos de incentivar e encorajar as mulheres com IU no tratamento, pois os resultados são alcançados em longo prazo⁸.

A relevância do trabalho aponta para mulheres portadoras de IU que convivem no seu cotidiano com o constrangimento de procurar orientação dos profissionais da saúde, porém somente com comunicação clara é possível identificar-se o problema. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro atuar de forma sistematizada e humanizada, instituindo um elo mais forte na busca de intervenções para minimizar o problema. Para tanto, teve-se como propósito conhecer o impacto no cotidiano das mulheres com IU e a sua percepção por elas.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, exploratória e de campo. A pesquisa descritiva tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”, relatando as características de determinados fenômenos. São incluídas no grupo de pesquisas descritivas as ideias que objetivam levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população”⁹.

O estudo foi realizado em um centro especializado em Urologia, localizado em uma cidade do Sul de Santa Catarina e incluiu 15 mulheres com IU, com diagnóstico confirmado pelo estudo urodinâmico. Tais pacientes foram selecionadas de forma intencional, por intermédio de entrevista semiestruturada, a qual foi transcrita. Adotaram-se como critérios de inclusão: mulheres portadoras de IU, idade superior a 18 anos, não ter déficit cognitivo, aceitar participar de pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo as exigências formais contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição de ensino Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), recebendo autorização sob o número de parecer CAAE-42378915.4.0000.0119.000.

A interpretação dos resultados deu-se pela análise simples de conteúdo. Os dados foram organizados por temas abordados, e fez-se a leitura exaustiva deles, interpretando-os e fundamentando-os à luz das referências disponíveis sobre cada assunto¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecimento das causas da incontinência urinária

Apesar de toda a influência que a IU ocasiona na vida das mulheres, ainda é pequeno o número delas que procura assistência profissional de forma precoce. Provavelmente essa negativa se deve a fatores culturais e familiares e, principalmente, ao medo, à vergonha e à falta de conhecimento, como se observou no presente estudo e no encontro com colaboradores do tema em questão.

Nesse contexto, surge a Enfermagem de maneira sistematizada, para realizar sua assistência à mulher incontinente, de modo a proporcionar a tal sujeito governabilidade no processo de produção de saúde.

Entre as entrevistadas, citou-se o desconhecimento dos motivos que as levaram a desenvolver essa patologia. Constatou-se que certas mulheres apresentam algum conhecimento sobre os fatores que provocaram a IU, reportando-os ao seu estado atual.

Outros fatores que podem estar vinculados com a IU são: mulheres brancas, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos¹¹.

A proteção do assoalho pélvico e, por consequência, a diminuição dos casos de IU são frequentemente mencionadas como benefícios oriundos do parto cesáreo eletivo, porém a relação entre gestação e tipo de parto com o surgimento da IU não está completamente esclarecida¹².

Influência nas atividades físicas domésticas

As tarefas feitas diariamente pela mulher no lar requerem, na maior parte das vezes, algum tipo de esforço físico e atenção.

Em sua grande parte, exigem excesso de sobrecarga de peso, citando como exemplos mover os móveis para a higienização da casa, lavar roupas e carregar crianças no colo.

A maioria das entrevistadas relatou que ter IU não atrapalha na realização de suas tarefas de casa, e apenas algumas responderam que sua patologia atrapalha em suas tarefas.

Em um estudo de 2007, observou-se interferência dos sintomas nas atividades da vida diária, física e social, como afazeres domésticos, atividades fora de casa, viagens, vida social e visitas a amigos. A maioria das mulheres relatou não se ver afetada ou ter a vida pouco comprometida em função da incontinência. Isso pode ter se dado pelo fato de grande parcela delas já estar em atendimento e/ou de ter havido melhora dos sintomas¹³.

Em um aspecto geral, as mulheres com IU referem-se a limitações em níveis físicos (praticar esporte, carregar objetos) e alterações nas atividades sociais, ocupacionais e domésticas, influenciando negativamente o estado emocional e a vida sexual¹⁴.

Diante dos resultados e ao encontro da literatura, pode-se sugerir que a baixa influência da IU nas atividades domésticas se dê por conta de as mulheres estarem em seu próprio ambiente familiar, com acesso a banheiro e a sua higiene pessoal. Dessa forma, cria-se e mantém-se um ambiente íntimo em que elas mesmas são protagonistas de seus próprios atos diários.

Exercícios físicos para mulheres portadoras de IU, na maioria das vezes, tornam-se um momento de constrangimento e estresse, pois o esforço físico dispensado acaba acarretando perda urinária. Sabe-se que a maioria das mulheres busca por meio do exercício físico uma maneira de modelar o seu corpo e de melhorar a sua qualidade de vida; no entanto, muitas vezes, os programas de exercícios acabam sendo abandonados em decorrência desse distúrbio durante tais atividades.

A manutenção da prática regular de exercícios físicos e/ou de esportes apresenta fatores protetores sobre a saúde mental e emocional da mulher ao longo e depois da gravidez¹⁵.

A IU, além de prejuízos ligados à prática de atividades físicas, afeta também, de forma negativa, a qualidade de vida de mulheres que a possuem. Essa patologia pode levar a sentimentos de depressão, ansiedade, diminuição do humor, síndrome do pânico, medo e vergonha. É muito comum que mulheres incontinentes se isolem da sociedade e do convívio de seus familiares e amigos para evitar situações constrangedoras diante de um episódio de perda de urina¹⁶.

Sendo assim, a mulher precisa de segurança e conforto na prática diária de exercícios físicos, porém torna-se necessária a adequação para seu estado atual de saúde perante a IU, e o enfermeiro possui conhecimento para abordar esse planejamento de atividades, bem como buscar subsídios efetivos para realizar sua assistência.

Satisfação sexual e repercussões psicológicas

Quando questionadas se a IU atrapalhava o desempenho de sua vida sexual, apenas uma das entrevistadas disse que sim; as demais negaram que esse problema as prejudicava. Acredita-se que talvez por vergonha ou timidez, ou até por conta da exposição de sua imagem corporal, elas tenham preferido ocultar essa questão, ou mesmo de fato não sintam desconforto para a atividade.

A vida sexual das mulheres está diretamente ligada a sua satisfação, pois qualquer disfunção nesse sentido acaba acarretando problemas de ordem pessoal, familiar, social e psicológica. A IU provoca sentimentos de baixa autoestima, além de interferir na vida sexual e de restringir o contato social e as tarefas domésticas e de trabalho¹⁷.

A mulher incontinente, sobretudo a casada ou aquela com vida sexual ativa, sofre grande impacto na sua qualidade de vida, porque está sempre com medo ou receio de perder urina em certas situações, como durante a relação sexual, quando sente receio de interromper o ato para urinar e, assim, desagradar o parceiro. No lazer, fica a todo o momento preocupada em localizar um banheiro, tem cuidados excessivos com a higiene íntima, por medo de alguém sentir odor de urina. A qualidade do sono fica comprometida, afinal a mulher se levanta diversas vezes para urinar, o que provoca cansaço e gasto de energia, causando prejuízo no desempenho profissional e outros problemas na vida cotidiana¹⁸.

Logo, a perda urinária pode ter efeito dramático sobre a qualidade da vida sexual da mulher e levar ao completo abandono da atividade sexual progressivamente, à medida que a patologia evolui.

As repercussões psicológicas da IU em mulheres causam aflição e incapacidades, as quais têm levado à significativa morbidade, em função dos sentimentos de vergonha e medo de sofrer rejeição, pois as mulheres acometidas acabam não procurando ajuda profissional, por ocultamento de sua situação de saúde e por sentimento de perda sentimental, muitas vezes de seu próprio cônjuge⁵.

A pesquisa reportou uma relação importante entre a IU e os processos psicológicos de tristeza, ansiedade e isolamento social. Percebeu-se que as mulheres se sentem diferenciadas das outras pessoas, vivendo em um mundo totalmente isolado do contexto geral. Por medo ou vergonha, procuram esconder o problema, muitas vezes pelo isolamento social e de isolamento de vínculos afetivos.

A coexistência de sintomas depressivos e IU reflete a influência negativa da referida patologia na qualidade de vida das pacientes que, quando depressivas e incontinentes, apresentam maior probabilidade de gravidade do quadro psiquiátrico¹⁸. O simples fato de ter vida social implica uma gama de fatores que elas devem considerar para esconder o problema da própria sociedade, trazendo dessa maneira sentimentos avessos a proporcionar a qualidade de vida almejada. Sugere-se que os profissionais enfermeiros voltem seu olhar com evidência à atenção primária, para precocemente identificar e planejar sua assistência de forma sistematizada.

Desempenho profissional

Observou-se que apenas as mulheres aposentadas não demonstraram muita preocupação em relação às suas atividades, pois estão em seu ambiente domiciliar e com livre acesso ao banheiro e à preservação de sua privacidade, porém aquelas com atividade profissional ativa demonstraram muita preocupação na convivência com a incontinência e a atividade laboral.

A atividade profissional diária requer de cada profissional compromisso, postura, assiduidade e também proatividade. Todos esses fatores são condicionantes para a realização pessoal em relação às atividades laborais, sendo esse tipo de enfoque multidimensional e subjetivo.

Quando esses fatores estão interligados à saúde, podem acarretar ao indivíduo diversas manifestações que venham a influenciar positiva ou negativamente seu desempenho profissional. No caso das mulheres portadoras de IU, muitas vezes em seu ambiente de trabalho, elas passam pelas mais inusitadas situações de constrangimento, por conta de seu estado de saúde. Passam a se preocupar com a disponibilidade de banheiros, envergonham-se com o odor de urina e sentem-se com frequência sujas, chegando a apresentar lesões cutâneas como dermatite amoniacal e infecções urinárias repetidas, afetando diretamente suas atividades ao longo do dia¹⁸.

Nota-se que o desempenho profissional está muito ligado à condição de saúde da mulher incontinente, item observado principalmente pelas idas consecutivas ao banheiro, interrompendo sobremaneira o rendimento diário de suas atividades laborais, o que sugere que boas condições de saúde interferem de maneira positiva na produção laboral. Mulheres incontinentes necessitam não apenas de um banheiro à disposição, mas acima de tudo de suporte psicológico profissional em seu ambiente de trabalho, que busque soluções efetivas a sua produção de saúde no seu cotidiano.

Os resultados desta pesquisa corroboraram outros trabalhos encontrados na literatura, e constatou-se que a permanência na vida ativa parece estar determinada fortemente pela capacidade física. Essa ideia é reforçada pela forte associação do trabalho a melhores indicadores de autonomia: indivíduos mais saudáveis têm mais chance de ingressar na força de trabalho e também de permanecer no trabalho¹⁹.

Em relação às mulheres aposentadas, também se torna importante evidenciar que precisam de um olhar voltado para sua condição, pois o fato de estarem em suas residências não as isenta de passar por fortes emoções íntimas e silenciosas em suas atividades do lar em decorrência da perda urinária.

Contenção da perda urinária

Em relação ao controle de líquidos, a maior parte das entrevistadas não sente necessidade de controlar a ingestão hídrica, mas verificou-se na sua minoria preocupação desse controle, como também a utilização diária de absorvente higiênico. Sabe-se que, com o advento do protetor íntimo, a vida da mulher se tornou muito mais proativa, pois trouxe mais segurança no período menstrual. Porém, seu uso estendeu-se também para as portadoras de IU.

De acordo com um estudo desenvolvido em 2006, observou-se que as mulheres utilizavam alguma estratégia para minimizar a IU: esvaziavam a bexiga em intervalos programados, limitavam a ingestão de líquidos, usavam perfumes ou desodorantes e absorventes para minimizar o odor de urina ou trocavam de roupa¹¹.

Recorrer a recursos para a contenção da perda urinária é uma prática comum adotada pelas mulheres nessa condição. O absorvente e a toalhinha de pano são os métodos mais empregados como recurso de contenção, sendo trocados numa frequência de duas ou mais vezes por dia²⁰.

Diante dos resultados obtidos, considera-se que os absorventes colaboram de certa forma para o controle higiênico

na IU, contudo não descartam o total desconforto físico da mulher, nem evitam a formação de odores desagradáveis e a manutenção da integridade da pele na região perineal. Para mulheres independentes e com bom estado cognitivo, o absorvente serve como um excelente instrumento de auxílio na IU, no entanto não podemos deixar de citar as mulheres com idade mais avançada, em que a mobilidade física impede a independência da realização de sua higiene corporal.

Tratamentos disponíveis

A maioria das mulheres entrevistadas não possui conhecimento em relação aos tipos de tratamentos disponibilizados, razão pela qual não procura ajuda profissional, pois acaba imaginando que para tal distúrbio não existe terapia específica. Os tipos de tratamento foram poucos citados, entre eles a perineoplastia. Apenas uma paciente tinha conhecimento sobre a cirurgia de Sling, também indicada para o tratamento das recidivas pós-operatórias da técnica de Burch¹¹.

As pacientes incontinentes necessitam receber informações pertinentes para a apropriação do conhecimento e, conseqüentemente, participar da escolha ideal do tratamento, que pode ser cirúrgico, medicamentoso ou fisioterapêutico¹.

Observou-se nos resultados que as orientações acerca da IU estão ausentes na maioria das pacientes. Ou seja, a deficiência de informações ainda faz parte do mundo vivenciado pelas mulheres incontinentes. Pergunta-se: quais atores devem estar envolvidos nesse contexto? Apenas o médico assistente? O ginecologista ou o urologista? O enfermeiro? Qual é o papel da atenção básica para essas pacientes? O direito do conhecimento é de cada usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), e cada profissional envolvido precisa ter sua parcela de contribuição. Logo, torna-se necessário o empenho de lideranças do Governo e de gestores de saúde na criação de mecanismos que minimizem o aparecimento, bem como o agravamento, de doenças e distúrbios como a IU.

O SUS necessita, além de uma gestão responsável e de boa vontade política, da participação efetiva dos usuários nas discussões e decisões voltadas para o encaminhamento resolutivo das ações em saúde. Significa dizer, em outras palavras, que os cuidados com a saúde precisam de planejamento, participação e avaliação contínua para melhores resultados e indicadores. É mister entender que os cuidados

em saúde são muito mais efetivos quando contemplam práticas integradas e integradoras aos saberes dos diferentes atores sociais²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar o cotidiano das mulheres com IU, pretendeu-se neste trabalho contribuir também de forma dinâmica com novas perspectivas no tratamento e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida dessas mulheres.

Considerando os resultados obtidos, pôde-se perceber que é possível despertar nas mulheres incontinentes atitudes de autonomia no seu contexto biopsicossocial, por meio principalmente de tomadas de consciência e mudanças de comportamento.

Sendo assim, sugere-se que o enfrentamento de busca da melhoria da qualidade de vida seja um diferencial na produção de saúde, tendo como protagonistas as mulheres que almejam sair do anonimato chamado IU para o palco de atitudes inovadoras no seu dia a dia.

O planejamento da assistência de Enfermagem produz cuidados específicos para que mulheres incontinentes consigam realizar seu autocuidado sem os medos e as frustrações que esse distúrbio possa vir a causar. Nesse ínterim, cabe ressaltar que cada profissional de saúde tem sua parcela de contribuição nesse tipo de cuidado, evidenciando a importância do enfermeiro generalista e especialista em Estomaterapia e Urologia como ator primordial nesse contexto.

O cenário da unidade de saúde, que está tão próxima da população, e o enfermeiro e os demais membros da equipe deveriam oportunizar educação em saúde, no momento em que a mulher incontinente procura a unidade para a busca do entendimento de seu problema e para a sua resolução.

É recomendável que novos estudos sejam construídos no tema abordado para dar continuidade a melhores subsídios que venham a auxiliar de forma significativa a melhoria da qualidade de vida de mulheres incontinentes, influenciando de modo positivo seu cotidiano. Sugerem-se trabalhos de abordagem tanto qualitativa quanto quantitativa, abrangendo um maior número de participantes, bem como um tempo mais longo o de observação sistematizada.

REFERÊNCIAS

1. Leroy LS, Lopes MH, Shimo AK. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(3):692-701.
2. Toledo DD, Dedicção AC, Saldanha ME, Haddad M, Driusso P. Physical therapy treatment in incontinent women provided by a public health service. *Fisioter Mov (Impr).* 2011;24(2):327-35.
3. Caldas CP, Conceição IR, José RM, Silva BM. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):783-88.
4. Oliveira KA, Rodrigues AB, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Rev Eletrônica F@pciência.* 2007;1(1):31-40.
5. Higa R, Rivorêdo CR, Campos LK, Lopes MH, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):627-35.
6. Jerez-Roig J, Santos MM, Souza DL, Amaral FL, Lima KC. Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents. *Neurourol Urodyn.* 2014;35(1):102-7.
7. Wiśniewska B, Marciniak A, Rutkowska-Nawrocka J, Cieciewicz M, Szydłowska I, Starczewski A. Urinary stress incontinence: one of basic diseases of modern society. *Pol Merkur Lekarski.* 2015;38(223):51-4.
8. Oliveira AM, Camargo AC, Schell NC, Navarro EC. Assistência de enfermagem na incontinência urinária na mulher. *Rev Múltiplo Saber.* 2012.
9. Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Higa R, Lopes MH, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Rev Latino-Am Enferm.* 2008;16(4):779-86.
12. Dellú MC, Zácaro PM, Schmitt AC. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(6):482-87.
13. Oliveira JM, Salgado LB, Schmitt AC, Rosa LC. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesq.* 2007;14(3):12-7.
14. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MS, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(3):134-40.
15. Lima FR, Oliveira N. Gravidez e exercício. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45(3):188-90.
16. 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):93-7.
17. Honorio, MO, Santos SM. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):51-6.
18. Auge AP, Zucchi CM, Costa FM, Nunes K, Cunha LP, Silva PV, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):352-7.
19. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):759-71.
20. Borba AM, Lelis MA, Brêtas AC. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(3):527-35.
21. Koerich MS, Backes DS, Marchiori MC, Erdmann AL. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(4): 677-84.

Lesão por pressão: avaliação dos custos do tratamento em idosos atendidos em domicílio na saúde suplementar

Pressure injury: assessment of treatment costs in home-cared elderly in supplemental health

Daños por presión: evaluación de los gastos de asistencia domiciliar con ancianos en salud complementaria

Vanessa Gomes Augusto^{1,2,3}, Michele Pontes Moreira^{1,2,3}, Solange Gurgel Alexandre^{4,5,6}

RESUMO

A lesão por pressão é um problema de saúde altamente complexo, multifatorial e de alto custo, sendo definida como qualquer lesão localizada na pele e/ou no tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea. Objetivou-se avaliar a relação custo-benefício relacionada ao tratamento de lesões por pressão, com enfoque em idosos atendidos em domicílio na saúde suplementar. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, envolvendo prontuários de idosos com diagnóstico de lesões por pressão, atendidos em uma instituição na modalidade autogestão, localizada em Fortaleza (CE). Os dados foram coletados mediante análise de relatórios contendo informações relacionadas ao tratamento, associando-os com os seus gastos financeiros. Os dados foram analisados estatisticamente e organizados em quatro planilhas que estão divididas por: período, procedimento, beneficiário e credenciado. Sabemos que a lesão por pressão interfere negativamente no bem-estar dos idosos, empobrecendo o seu viver. Dessa forma, é relevante o incentivo à prevenção e à construção de educação permanente aos cuidadores e familiares, por meio de estratégias de promoção de saúde realizadas pelos profissionais de Enfermagem.

DESCRITORES: Lesão por pressão. Análise de custos. Assistência domiciliar. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

Pressure injury is a highly complex multifactorial and costly health problem, which is defined as any injury located on the skin and/or underlying tissue, usually over a bony prominence. The objective is to measure the cost and benefit relation regarding the treatment of pressure injuries, focused on the elderly who are treated at home in supplementary health. This is a descriptive study with a quantitative approach, involving medical records of elderly subjects diagnosed with pressure injury, cared for in an institution of self-management, located in Fortaleza (Ceará State, Brazil). Data were collected through the analysis of reports with information about the treatment by associating them with their financial costs. These data were statistically analyzed and organized in four worksheets that were divided into period, procedure, beneficiary, and certified subject. It is known that pressure injury negatively affects the welfare of the elderly, impoverishing their living. Thus, the support to prevention and development of the permanent education of caregivers and family is relevant, by means of health promotion strategies made by Nursing professionals.

DESCRIPTORS: Pressure injury. Cost analysis. Home nursing. Nursing. Stomatherapy.

¹Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais (CAFAZ) – Fortaleza (CE), Brasil.

²Auditoria de Serviço Público e Privado do Centro de Qualificação e Ensino Profissional (CEQUALE) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Pós-graduação em Estomaterapia na Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Francisco Sá, 1.855, apto. 201 – Jacarecanga – CEP: 60010-450 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: van_ga@hotmail.com

⁴Hospital Universitário Walter Cantídio – Fortaleza (CE), Brasil.

⁵Auditoria em Enfermagem do CEQUALE – Fortaleza (CE), Brasil.

⁶UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

Artigo recebido em: 04/04/2016 – Aceito para publicação em: 25/07/2016.

RESUMEN

Los daños por presión son un problema de salud muy complejo, multifactorial y con alto costo, y se definen como cualquier lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el costo/beneficio relacionado con el tratamiento de los daños por presión, con un enfoque en ancianos tratados en sus hogares en la salud complementaria. Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, con la inclusión de los registros de pacientes ancianos con diagnóstico de los daños por presión, atendidos en una institución en la modalidad de autogestión, que se encuentra en Fortaleza (Ceará, Brasil). Los datos fueron recolectados a través del análisis de los informes que contienen datos relacionados con el tratamiento, asociándolos con sus gastos financieros. Los datos se analizaron y se organizaron en cuatro hojas que están divididas por: período, procedimiento, beneficiario y acreditado. Se sabe que los daños por presión afectan negativamente el bienestar de los ancianos, empobreciendo su vivir. Por lo tanto, es importante fomentar la prevención y la construcción de la educación permanente para cuidadores y familiares a través de estrategias de promoción de la salud llevadas a cabo por los profesionales de Enfermería.

DESCRIPTORES: Daños por presión. Análisis de costo. Atención domiciliar de salud. Enfermería. Estomatología.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno conhecido mundialmente. O Brasil destaca-se por viver esse processo de forma acelerada na última década. Entre 1980 e 2009, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou mais de 10 anos, passando de 62,6 para 73,2 anos. Além disso, estima-se que, em 2050, mais de 15,0% da população brasileira terá 70 anos ou mais¹.

A pele apresenta sinais de involução com o avançar da idade, que se tornam evidentes em torno dos 65 anos, quando os componentes das camadas sofrem alterações estruturais, numéricas e funcionais, sendo o envelhecimento um dos fatores de risco para a formação de lesão por pressão (LP)².

A LP é um problema de saúde pública altamente complexo, multifatorial e de alto custo, sendo definida como lesões de pele e/ou tecidos subjacentes, localizadas normalmente sobre uma proeminência óssea, resultantes da pressão ou da combinação entre esta e forças de cisalhamento. Podem ser resultantes de eventos indesejados ocorridos durante a hospitalização, os quais refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado, sendo um dos maiores desafios para os profissionais, principalmente de Enfermagem, pelos encargos econômicos que acarretam e pela diminuição na qualidade de vida dos clientes e seus familiares^{3,4}.

São comumente encontradas em áreas suscetíveis à distribuição desigual de peso ou vulneráveis a pressões externas persistentes, como as regiões sacral, coccígea, isquiática, trocantérica e calcânea. São classificadas em quatro estágios, de acordo com a perda tecidual decorrente⁵.

A LP é um sério problema que afeta aproximadamente 9,0% de todos os pacientes hospitalizados, sobretudo os

idosos, e 23,0% dos acamados com cuidados domiciliares. O seu desenvolvimento concorre para o aumento dos custos de saúde com o idoso, interferindo negativamente em seu bem-estar físico, mental e espiritual, restringindo-o ao leito e empobrecendo seu viver, independentemente do contexto em que esteja inserido⁶.

Além de ser um alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, a ocorrência da LP também ocasiona grande impacto ao indivíduo, à família, à sociedade e aos profissionais de Enfermagem, acarretando graves repercussões sanitárias, econômicas, éticas e legais. É válido ressaltar que alguns autores consideram o aparecimento das LP como iatrogenias secundárias a falhas no processo de cuidar, em razão de existir, na atualidade, inúmeras medidas preventivas para o problema, bem como uma variedade de inovações tecnológicas para a sua terapêutica².

Apesar dos avanços no entendimento da etiopatogenia e da adoção predominante de medidas preventivas, estudos mostram que os índices de incidência e prevalência das LP permanecem elevados mundialmente.

É evidente a importância de reduzir a incidência de LP, considerado um importante indicador de qualidade assistencial, por intermédio da prevenção e identificação dos fatores de risco, o que pode ocorrer por meio da educação permanente da equipe multiprofissional, com uma prática baseada em evidências, permitindo analisar os casos quanto à sua distribuição, à vulnerabilidade dos pacientes e ao local em que as lesões são mais frequentes⁷.

Assim, é imprescindível que se investigue o nível de risco de pacientes em adquirir LP, bem como a prevalência destas e os custos atuais com curativos, de modo a melhorar os serviços de saúde e minimizar seus custos. Numa época marcada por

profunda crise econômica, é essencial que os enfermeiros e demais profissionais de saúde compreendam a relevância dos custos econômicos associados a esta problemática⁸.

Apesar de resultados que apontam o montante gasto com o tratamento de LP, a compreensão acerca da natureza desses custos com aspectos subjetivos, como tempo de trabalho e número de horas destinadas aos cuidados rotineiros com LP, como a realização de curativos por profissionais de Enfermagem, não é de fácil entendimento⁹.

Nesse contexto, é pertinente mencionar que a saúde suplementar, enquanto parte do mercado de assistência à saúde, está exposta a fortes influências dos aspectos envolvidos, principalmente no que concerne à sua dimensão econômica, que repercute em um interesse pela redução de custos e reorganização das modelagens de produção do cuidado, encontrando na lógica da assistência domiciliar (AD) uma possibilidade de racionalização de gastos e de encontrar alternativas viáveis para atender à demanda crescente¹⁰.

O crescimento universal da AD visa atender às necessidades da população, oriundas do envelhecimento populacional e consequente aumento da longevidade. Tendências epidemiológicas e demográficas têm sinalizado para um aumento das condições crônicas, o que vai gerar elevado custo em termos de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas, tornando-se um dos maiores desafios do setor de saúde neste século¹¹.

A AD tem como meta acompanhar e controlar em domicílio as condições de saúde de indivíduos com alguma alteração de saúde que os torne parcial ou totalmente dependentes. Tem como premissa a humanização da atenção à saúde, com o desenvolvimento de ações que proporcionem assistência integral à saúde de seus beneficiários assistidos, por meio de equipe multidisciplinar com habilidades específicas para essa prática.

Em geral, serviços de AD a idosos são considerados uma das estratégias mais importantes para o cuidado dessa população e uma das tendências do sistema de saúde¹².

É importante refletir que a AD na saúde suplementar encontra-se em um campo de tensões: de um lado, a lógica de racionalização gerencial e financeira, representada pela redução de custos dos procedimentos; e do outro, a AD, revelando-se como uma modalidade assistencial preferencial, seja por diminuir riscos, promover qualidade de vida ou aproximar o cuidado ao cotidiano das famílias¹⁰.

Enquanto parte dessa conjuntura, a auditoria é um sistema de caráter educativo e tem um papel fundamental de

assessoramento na administração dos planos de saúde, com a finalidade de avaliar o padrão da assistência dos prestadores de serviço, apontando as distorções que precisam ser corrigidas e contribuindo com sugestões para melhorar a gestão e a qualidade do processo assistencial de acordo com os recursos financeiros disponíveis¹³.

Diante do exposto, é relevante equacionar a relação custo/benefício no processo de tratamento de idosos com LP, em domicílio, analisando e controlando os gastos financeiros — de forma especial aqueles relacionados à realização de curativos — e desenvolvendo estratégias de educação permanente, voltadas ao cuidador e à família. Essas estratégias devem ser eficazes para a prevenção desse agravo, objetivando estabelecer maior conforto ao associar condições favoráveis de bem-estar geral dos idosos à minoração dos custos ao convênio e baixos custos à excelência de qualidade no atendimento dos beneficiários.

Nesse contexto, objetivou-se avaliar a relação custo/benefício relacionado ao tratamento da LP em idosos em atendimento domiciliar na saúde suplementar.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, documental, com abordagem quantitativa, realizada em uma empresa de assistência médica, na modalidade autogestão, localizada na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. Fundada em 1991, a empresa presta serviços de saúde a seus beneficiários, funcionários de instituição pública da administração estadual e seus dependentes, sendo parte do setor suplementar de saúde e regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tendo como missão garantir a excelência dos serviços em saúde, de forma humanizada.

A amostra do estudo foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, considerados idosos pelo Estatuto do Idoso — que preconiza e assegura direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos —, atendidos no Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), com diagnóstico de LP, em qualquer categoria, no período compreendido entre 2011 e 2013, cujos dados relacionados constassem nos respectivos prontuários, arquivados na empresa.

Para iniciar a coleta de dados, obtivemos junto à empresa a assinatura do termo de fiel depositário, com vistas a respaldar

o acesso aos relatórios, sendo fornecidas informações sobre o estudo e esclarecimentos acerca dos seus objetivos.

Após a assinatura do termo, deu-se início à segunda etapa do estudo, com a análise dos prontuários dos idosos atendidos pelo PAD com diagnóstico de LP. Posteriormente, solicitou-se ao setor de estatística um relatório com o levantamento referente ao período contemplado e aos custos associados ao tratamento de LP. Os dados foram inseridos num banco de dados utilizando o Microsoft Excel 2010, analisados estatisticamente, organizados em quatro planilhas divididas por período, procedimento, beneficiário e credenciado, e dispostos em tabelas.

Com a finalidade de observar os princípios éticos que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, foram considerados nesta pesquisa os aspectos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a Resolução 466/12, que incorpora referências básicas de pesquisa configurados em autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

RESULTADOS

Foram selecionados 158 beneficiários, que atenderam aos critérios de inclusão para o estudo. O total de indivíduos que recebeu atendimento em 2011 foi de 40 (25,32%); em 2012, 48 (30,38%) e, em 2013, 70 (44,30%). No quesito referente aos custos totais, foi realizado um levantamento estatístico, observando-se que os valores desembolsados referentes aos tratamentos anuais foram de, respectivamente, R\$ 124.950,00; R\$ 158.500,00 e R\$ 179.021,48 — dados apresentados na Tabela 1.

Tais atendimentos foram divididos de acordo com a demanda entre três equipes credenciadas em 2008, 2009 e 2013, respectivamente, que prestam serviço especializado à instituição e serão nomeadas neste estudo como A, B e

Tabela 1. Custos por período/atendimento beneficiário, Fortaleza (CE), 2015.

Período	2011	2012	2013
Atendimentos beneficiários com LP	40	48	70
Percentual de atendimentos	25,32	30,38	44,30
Custos (R\$)	124.950,00	158.500,00	179.021,48
Total (R\$)	124.950,00	158.500,00	179.021,48

LP: lesões por pressão.

C. Essas subdividem os procedimentos executados por enfermeiras estomaterapeutas em três níveis, cujos valores foram acordados e definidos por processos contratuais. Os procedimentos são definidos como curativos pequeno, médio e grande, cujos valores, na época, eram, respectivamente, R\$ 85,00, R\$ 95,00 e R\$ 110,00, e contemplavam material, medicamentos, custos operacionais e honorários, demonstrado nas Tabelas 2 e 3.

Ao analisarmos os custos médios individuais por beneficiário (Tabela 4), esses resultados se refletem em um impacto econômico positivo para a empresa, que, no decorrer desse período, teve uma redução nos valores gastos. Em 2011, o

Tabela 2. Custos por empresa credenciada, Fortaleza (CE), 2015.

Credenciado	2011	2012	2013
A (R\$)	124.950,00	152.120,00	110.416,48
B (R\$)	–	6.380,00	8.345,00
C (R\$)	–	–	60.260,00
Total (R\$)	124.950,00	158.500,00	179.021,48

Tabela 3. Custos por procedimento, Fortaleza (CE), 2015.

Procedimento	2011	2012	2013
Taxa de curativo pequeno (R\$)	42.440,00	43.720,00	43.789,00
Taxa de curativo médio (R\$)	51.435,00	59.200,00	68.742,00
Taxa de curativo grande (R\$)	31.075,00	55.580,00	66.490,48
Total (R\$)	124.950,00	158.500,00	179.021,48

Tabela 4. Comparativo de custo anual total, Fortaleza (CE), 2015.

Período	2011	2012	2013
Quantidade de beneficiários atendidos	40	48	70
Custo total por período (R\$)	124.950,00	158.500,00	179.021,48
Custo médio individual (R\$)	3.123,75	3.302,08	2.557,44

custo médio por beneficiário era em torno de R\$ 3.123,75, enquanto que, ao final de 2013, constatou-se que estava em torno de R\$ 2.557,45.

DISCUSSÃO

A comunicação entre a instituição e os prestadores de serviço é realizada por meio do envio de relatórios quinzenais contendo registros fotográficos referentes às lesões que estão em tratamento. Nesse relatório é feita uma estimativa do tratamento a ser realizado durante o mês, constando número de visitas, local da lesão e especificação do tamanho do curativo, que é submetido à análise da auditoria de Enfermagem, a qual posteriormente emite parecer favorável ou não às solicitações.

Quanto à localização da LP, a maior ocorrência foi a região sacral, com 61,84%, seguida de calcâneos, com 23,68% do total, e trocântérica, com 14,47%. O maior número de LP foi identificado entre os pacientes procedentes de internação hospitalar.

Na Itália, um estudo identificou que a prevalência de LP era de 18,0% e que, durante um seguimento de 12 meses, o grupo de pacientes com lesões tinha maior probabilidade de morte. Na Holanda, mais de 1,0% do orçamento total do sistema de saúde é gasto na prevenção e no tratamento das LP, sendo este o quarto problema de saúde que mais consome recursos no país¹¹.

Ressalta-se que todos os beneficiários participantes da amostra, na época, receberam visitas domiciliares de auditoria *in loco*, quando foram verificadas as condutas adotadas por cada equipe de profissional estomaterapeuta, as frequências das profissionais durante o tratamento e as percepções que os cuidadores/famíliares tinham a respeito do tratamento e dos cuidados dispensados. Durante essas visitas, os cuidadores também receberam orientações referentes aos cuidados e à prevenção de LP, reforçando o trabalho das equipes prestadoras de serviço.

Ao longo desses 36 meses, foi possível constatar um aumento no número de beneficiários atendidos (de 40 para 70, ou seja, 75,0%) e, conseqüentemente, nos valores pagos (de R\$ 124.950,00 para R\$ 179.021,48 – 43,0%), conforme a demanda/ano. Porém, por meio do comparativo anual (2011/2012 e 2012/2013), verificou-se que o custo total no primeiro biênio foi em torno de 26,0% do total da empresa, seguido por um custo gerado no segundo biênio de 13,0%.

No Brasil, não existem dados precisos na literatura acerca dos custos gerados pelas LP para o sistema de saúde; porém, estudos realizados isoladamente fornecem dados que permitem a inferência de um panorama geral da situação¹⁴.

Estudo conduzido em Minas Gerais verificou que o tratamento das LP ocupa o terceiro lugar em gastos em saúde, sendo ultrapassado somente pelo tratamento de câncer e cirurgias cardíacas³⁻¹⁵.

Essa redução é atribuída ao trabalho educativo com um caráter preventivo desenvolvido periodicamente com eficiência pela equipe de auditoria externa da empresa estudada, cujo principal foco é proporcionar um atendimento de qualidade e excelência aos seus beneficiários associado à otimização dos custos com o tratamento.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, confirma-se que a LP é um problema de saúde atual e complexo, considerado de alto custo financeiro, que acomete facilmente idosos com síndrome da imobilidade, seja em ambiente hospitalar ou domiciliar.

Esse impacto financeiro gerado para a instituição encontra na prevenção uma forte aliada para o controle desses gastos, visto que é mais rentável investir em profissionais educadores do que na problemática já instalada.

Reforça-se que a Enfermagem deve intensificar os esforços para promover ações que esclareçam as dúvidas quanto ao tratamento e aos cuidados preventivos, valorizando os sentimentos de insegurança e dúvidas, tanto dos cuidadores quanto dos indivíduos acometidos.

Vale ressaltar que as inovações tecnológicas relacionadas a essa terapêutica, associadas a inúmeras medidas preventivas, são de grande importância para evitar o surgimento dessas lesões, cabendo aos profissionais de saúde a prática contínua do ato de educar.

Nesse contexto, é relevante a implantação de estratégias com caráter educativo sobre LP, incentivadas pelos profissionais de saúde envolvidos, e o monitoramento dos casos existentes, não somente voltado aos custos, mas também para a qualidade do serviço prestado, possibilitando uma melhor aplicabilidade dos recursos disponíveis, otimizando os custos e garantindo excelência no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Morsch P, Pereira GN, Navarro JH, Trevisan MD, Lopes DG, Bós AJG. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(5):1025-34.
2. Barros MA, Sousa SMA, Costa ALB, Rosa LS, Jansen RCS. Incidência e prevalência de úlceras por pressão em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Estima*. 2013;11(4):17-24.
3. Silva AJ, Pereira SM, Rodrigues A, Rocha AP, Varela J, Gomes LM, et al. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):971-6.
4. Pedrosa IL, Silva MS, Araújo AA, Schwanke CH, DeCarli GA, Gomes I. Úlceras por pressão em idosos e não idosos: estudo de coorte histórica. *Online Braz J Nurs*. 2014;13(1):82-91.
5. Sarquis MG. Orientações para a prática clínica no tratamento e prevenção de úlceras por pressão. In: Malagutti W, Kakiyama CT, organizadores. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari; 2010. p. 223-32.
6. Freitas MC, Medeiros AB, Guedes MV, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Lesão por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):143-50.
7. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AG, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial lesão por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):111-8.
8. Lima AC, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):267-77.
9. Montesinos MJ. Programa de gestão da qualidade assistencial: uma oportunidade de melhoria no procedimento de curativo. In: Malagutti W, Kakiyama CT, organizadores. *Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari; 2010. p. 201-21.
10. Silva KL, Sena RR, Silva PM, Braga PP, Souza CG. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):408-14.
11. Chayamiti EM, Caliri MH. Lesão por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):29-34.
12. Coêlho AD, Lopes MV, Melo RP, Castro ME. O idoso e a lesão por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev Rene*. 2012;13(3):639-49.
13. Hyeda A, Costa ES. Uma análise preliminar dos custos em quimioterapia ambulatorial no sistema de saúde suplementar. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7(2):99-109.
14. Soares DA, Vendramin FS, Pereira LM, Proença PK, Marques MM. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. *Rev Bras Cir Plast*. 2011;26(4):578-81.
15. Freitas JP, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a lesão por pressão. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):515-21.

Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão

Braden Scale: guiding instrument for pressure ulcer prevention

Escala de Braden: instrumento guía para la prevención de úlceras de presión

Jeanne Silvestri Wechi¹, Lúcia Nazareth Amante¹, Nádia Chiodelli Salum¹, Eliane Matos¹, Tatiana Martins¹

RESUMO

O estudo objetivou avaliar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes internados em clínica médica. Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, realizado entre 14 de maio e 14 de agosto de 2012 por meio da aplicação da escala preditiva de Braden. Foram avaliados 120 pacientes internados em um hospital federal de uma capital do Sul do Brasil. Utilizou-se para a coleta de dados um instrumento para avaliação de risco: Escala de Braden. Os resultados apontaram que a média de idade dos pacientes foi de 52 anos. Foram realizadas 435 avaliações. O estudo demonstrou que os idosos e os pacientes dependentes apresentaram, respectivamente, alto e altíssimo risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, demandando, portanto, cuidados especiais durante a internação. Confirmou-se a efetividade da escala de Braden para avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, uma vez que possibilita a identificação precoce dos riscos e a adoção de medidas preventivas, já que, durante sua utilização, não houve formação de úlceras por pressão.

DESCRIPTORIOS: Estomaterapia. Cuidados de enfermagem. Úlcera por pressão. Medição de risco.

ABSTRACT

The study aimed at evaluating the risk for developing pressure sores in clinical medical inpatients. This is an observational, quantitative study, conducted between May 14 and August 14, 2012, through the application of predictive scale of Braden. We evaluated 120 patients admitted to a federal hospital in a southern capital of Brazil. It was used for data collection an instrument for risk assessment: Braden Scale. The results showed that the mean age of patients was 52 years. Four hundred and thirty-five evaluations were performed. The study showed that elderly and dependent patients had, respectively, high and very high risk for developing pressure sores, demanding, therefore, special care during hospitalization. It confirmed the effectiveness of the Braden Scale for assessing the risk of developing pressure sores, as it enables the early identification of risks and the adoption of preventive measures, since, while using it, there was no formation of pressure ulcers.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Nursing care. Pressure ulcer. Risk Assessment.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar el riesgo del desarrollo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en clínica médica. Se trata de un estudio observacional y cuantitativo, realizado entre 14 de mayo y 14 de agosto de 2012, a través de la aplicación de la escala predictiva de Braden. Se evaluaron 120 pacientes ingresados en un hospital federal de una capital en el Sur de Brasil. La recolección de datos utilizó un instrumento para la evaluación del riesgo: la Escala de Braden. Los resultados muestran que la edad media de los pacientes fue de 52 años. Se realizaron 435 evaluaciones. El estudio demostró que los pacientes mayores y dependientes tenían, respectivamente, alto y muy alto riesgo de desarrollar úlceras por presión, exigiendo, por lo tanto, atención especial durante la hospitalización. Se confirmó la eficacia de la escala de Braden para evaluar el riesgo del desarrollo de úlceras por presión, ya que permite la identificación temprana de los riesgos y la adopción de las medidas preventivas, porque, durante su uso, no se formaron úlceras por presión.

DESCRIPTORIOS: Estomaterapia. Atención de enfermería. Úlcera por presión. Evaluación de riesgos.

¹Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Altamiro Guimarães, 330, apto. 1.302 – Centro – CEP: 88015-510 – Florianópolis (SC), Brasil –

E-mail: jeanewechi@hotmail.com

Artigo recebido em: 17/11/2015 – Aceito para publicação em: 23/07/2016.

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão é um dano localizado na pele e/ou nos tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou outro artefato. A úlcera pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, e pode ser dolorosa. A úlcera ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento também pode ser afetada pelo microclima, pela nutrição, pela perfusão, por comorbidades e por sua condição¹.

Está relacionada a um ou vários fatores de risco, tais como: imobilidade; integridade musculoesquelética alterada; talas, órteses e próteses; aparelhos restritivos; estado alterado da consciência; sensibilidade reduzida; umidade excessiva; emagrecimento; esquema inadequado de reposicionamento; superfície de apoio inadequada; sobrecarga em áreas corporais de risco; higiene corporal inadequada e falta de hidratação/proteção da pele ressecada^{2,3}.

O sistema de classificação atualizado inclui as seguintes definições:

- Úlcera por pressão Estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece.
- Úlcera por pressão Estágio 2: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
- Úlcera por pressão Estágio 3: perda da pele em sua espessura total.
- Úlcera por pressão Estágio 4: perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
- Úlcera por pressão Não Classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
- Úlcera por pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho-escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece¹.

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) também define Úlcera por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Úlcera por Pressão em Membranas Mucosas.

A incidência de úlcera por pressão em ambiente hospitalar tem sido objeto de estudos da Enfermagem, conforme pode ser constatado em pesquisa realizada em um hospital de médio porte no Estado de Minas Gerais que objetivou identificar a incidência e a prevalência de úlcera por pressão. No estudo, foram admitidos 1.096 pacientes, dos quais 477 (43,5%) foram avaliados pela Escala de Braden (EB). Oitenta

pacientes apresentaram úlcera por pressão, dos quais 43 (53,7%) a desenvolveram durante o período de internação; a prevalência geral de úlcera foi de 7,29% e a incidência, de 3,9%. Conclui-se, portanto, que a maior incidência de úlcera por pressão foi registrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ressaltando-se que, como profissional da saúde, o enfermeiro tem destaque na equipe multiprofissional para o tratamento de úlceras⁴.

A prevenção e o tratamento das úlceras por pressão ainda constituem um desafio para a Enfermagem. No entanto, estudos realizados em UTIs demonstram a relevância da aplicação de instrumentos preditivos na prevenção dessa complicação e na garantia do cuidado com a qualidade. Estudo realizado em um hospital público do Estado de Pernambuco, utilizando a EB, evidenciou que a maioria dos pacientes internados na UTI apresentou risco elevado ou moderado para desenvolver úlcera por pressão⁵.

Com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde a identificarem e avaliarem os riscos de o paciente desenvolver úlcera por pressão durante a internação, foram desenvolvidas e utilizadas diferentes propostas de escalas para avaliar o risco de úlcera tissular. Algumas delas são reconhecidas mundialmente, como as escalas de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden⁶.

Cada qual com suas especificidades, as escalas funcionam como instrumentos de avaliação de risco ou de medidas que possibilitam a prevenção de lesões de pele.

Neste estudo, optou-se pela utilização da EB por se entender que ela atende aos objetivos propostos e ao considerar estudos que mostram que sua utilização apresenta boa sensibilidade para a avaliação clínica de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, quando comparada com outra escala dessa natureza⁷.

A EB apresenta seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e força de Cisalhamento⁸. Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos)⁹.

A EB pode subsidiar o trabalho do enfermeiro, a quem cabe identificar os pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão¹⁰.

Outro aspecto fundamental na prevenção de úlcera por pressão é a capacitação dos profissionais de enfermagem. Um estudo, que analisou o conhecimento sobre a prevenção de úlcera por pressão da equipe de enfermagem que presta assistência direta ao paciente adulto e idoso em um hospital universitário de Minas Gerais, constatou que tanto o enfermeiro quanto o técnico de enfermagem apresentaram desempenho menor que o esperado¹¹. Outro estudo, realizado em um hospital público da região mineira, constatou que, embora a equipe de enfermagem conhecesse as diferentes práticas recomendadas para a prevenção e o tratamento da úlcera por pressão, o enfermeiro desconhecia seu papel no cuidado ao paciente portador de feridas¹². Os achados na literatura apontam, portanto, para a necessidade de atualização permanente da equipe de enfermagem na prevenção e nos cuidados com a úlcera por pressão.

A condição apontada na literatura é percebida também na instituição em que este estudo foi realizado, especificamente na unidade de internação de clínica médica de um hospital universitário. Nesse local, não existe registro sobre a incidência, a prevalência e as características clínico-demográficas dos pacientes em risco ou com úlcera por pressão. Também não há padronização relacionada à avaliação da pele do paciente, embora se perceba a preocupação dos profissionais com a prevenção dessa complicação. Nesse sentido, acredita-se que a utilização de uma escala preditiva para úlcera por pressão, como a EB, permitirá identificar o paciente de risco e conhecer seu perfil clínico-demográfico, de modo a estabelecer medidas preditivas que garantam sua segurança e a assistência de enfermagem.

OBJETIVO

Identificar de acordo com a Escala de Braden, o potencial de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes internados na unidade de clínica médica.

MÉTODO

Estudo observacional, quantitativo, realizado em uma unidade de clínica médica de um hospital geral universitário situado no Sul do Brasil, entre 14 de maio e 14 de agosto de 2012. Foram incluídos no estudo 120 pacientes internados nesse período, os quais aceitaram participar, considerando-se os critérios a seguir: idade maior de 18 anos, lúcidos e orientados

ou acompanhados de familiares, com ou sem úlcera por pressão no momento da avaliação. Foram excluídos os pacientes que estavam sem acompanhantes. Para a avaliação do potencial de risco, utilizou-se a EB¹⁰.

Foram coletados também os dados de procedência, especialidade médica que estava atendendo os pacientes, diagnóstico, data de admissão e alta.

Os enfermeiros foram capacitados para a utilização da EB na avaliação diária do risco de úlcera por pressão por meio de quatro encontros presenciais, organizados de acordo com o Arco de Maguerz¹³, que abordaram seu conhecimento prévio de úlcera por pressão, das escalas preditivas, com ênfase na EB, bem como do planejamento do cuidado para as medidas preventivas. Nesse momento, foi definida a dinâmica de aplicação segundo o grau de dependência. Para os técnicos e auxiliares de enfermagem, foram realizados quatro encontros presenciais que trataram dos cuidados e das medidas preventivas para úlceras por pressão.

Concluída a etapa de capacitação e iniciada a coleta de dados, todos os 120 pacientes internados no período da coleta foram avaliados. Estes foram avaliados no momento da internação e reavaliados, segundo critérios de dependência, conforme a dinâmica preestabelecida com os enfermeiros: os pacientes dependentes diariamente, os semidependentes a cada dois dias e os independentes a cada sete dias. Assim, foram realizadas 435 avaliações.

De acordo com os critérios acordados com os enfermeiros, o paciente foi considerado independente quando realizava sem auxílio atividades da vida diária, como andar, comer e fazer a higiene pessoal; semidependente quando necessitava de auxílio para realizar as mesmas atividades; e dependente quando não apresentava condições de realizar as atividades da vida diária.

Os dados coletados foram processados e organizados em uma planilha eletrônica no Microsoft Office Excel® 2012, sendo posteriormente analisados estatisticamente à luz da literatura pertinente. Para o cálculo da incidência de úlcera por pressão, foi considerada a razão entre o número de casos novos no período da coleta de dados multiplicado por cem e o número de pessoas expostas ao risco no mesmo período⁸.

Para manter o anonimato, os pacientes foram identificados de acordo com a presença ou não de úlcera por pressão, permanecendo as seguintes siglas: NN para os pacientes que foram admitidos e receberam alta sem úlcera por pressão; SN para os pacientes que foram admitidos com úlcera por pressão e receberam alta sem úlcera por pressão; SS para os pacientes que foram admitidos e receberam alta com úlcera por pressão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética de Pesquisa com Seres Humanos, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01320912.8.0000.0121.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico, os 120 participantes do estudo tinham média de idade de 52 anos, sendo 80 (66,66%) do sexo feminino e 40 (33,34%) do sexo masculino. Quanto à especialidade médica responsável pela internação, o maior percentual foi registrado para Clínica Médica (26,89%), seguido de Pneumologia (18,49%), Reumatologia (11,76%), Gastroenterologia (11,76%), Neurologia (9,24%), Endocrinologia (8,40%), Cardiologia (7,56%) e Nefrologia (5,88%). Na Figura 1, apresenta-se a relação entre o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão e a dependência dos pacientes segundo o número de avaliações realizadas.

Observa-se que, nos 3 meses, 435 avaliações foram realizadas entre os pacientes independentes, semidependentes e dependentes. Os pacientes independentes se apresentaram sem risco para úlcera por pressão em 171 avaliações (40%) e com baixo risco em 3 avaliações (1%). Os pacientes semidependentes foram avaliados sem risco em 73 (17%) dos casos avaliados, com baixo risco em 42 (9%) dos casos, risco moderado em 7 e risco alto em 6 (2%) avaliações.

Os pacientes dependentes foram avaliados com baixo risco em 27 (7%), risco moderado em 21 (5%), risco alto em 60 (14%) e risco muito alto em 25 (5%) dos casos.

O tempo de internação médio foi calculado em 18 dias, e 95 pacientes permaneceram internados por até 20 dias. Destaca-se a permanência de 18 pacientes por um período de 21 a 40 dias e de 6 pacientes por um período de 41 a 60 dias de internação.

Observa-se a predominância de pacientes com idade maior que 70 anos, seguidos por indivíduos com idade entre 51 e 60 anos, internados na referida unidade. Com relação ao risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, encontraram-se 271 pacientes (63%) com baixo risco; 67 (15%) com risco muito alto; 66 (15%) com risco alto e 31 (7%) com risco moderado.

Os dados referentes à distribuição e ocorrência de úlcera por pressão durante o período de internação são apresentados na Figura 2.

Observou-se que, do total de pacientes internados, 112 (93%) não desenvolveram úlcera por pressão (NN) durante o período de internação, 7 (6%) já foram internados com úlcera por pressão (SN) e permaneceram com ela até a alta hospitalar e 1 (1%) foi internado com úlcera por pressão (SS), a qual, no momento da alta hospitalar, apresentava-se reepitelizada. Destaca-se que nenhum paciente desenvolveu úlcera por pressão durante a hospitalização.

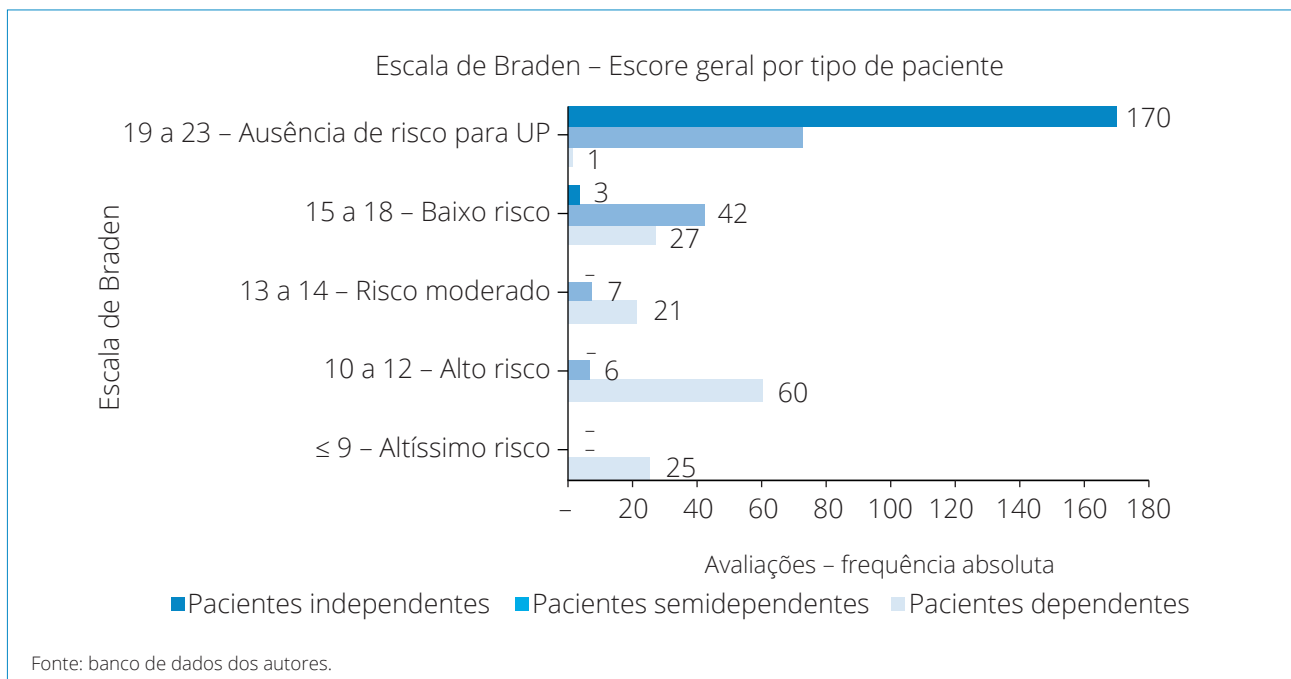


Figura 1. Distribuição da quantidade de avaliações de acordo com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem, Florianópolis, SC, 2012. (Abaixo do primeiro parágrafo dos Resultados).

DISCUSSÃO

A análise da avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão nos 120 pacientes que participaram do estudo demonstrou que a faixa etária acima de 70 anos apresenta risco muito alto para a complicação.

Esse dado corrobora a literatura, que esclarece que o envelhecimento é um processo gradual no qual o indivíduo sofre alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, com perda progressiva da capacidade de se adaptar e se manter em equilíbrio com o meio, ampliando sua vulnerabilidade e sua predisposição a desenvolver processos patológicos. Cabe considerar que as manifestações ligadas aos fatores cronológico e biológico trazem consequências em todas as dimensões da vida e da saúde do idoso¹⁴.

No que diz respeito às alterações na pele, acontece o comprometimento do fluxo sanguíneo pela diminuição da vascularização, que leva à redução da oxigenação, hidratação e nutrição, reduzindo, por sua vez, os níveis de proteína e albumina, que, associados às doenças crônicas, aumentam a susceptibilidade para o desenvolvimento de úlcera por pressão^{2,3,15}.

Nessa perspectiva, uma pesquisa realizada com 140 pacientes internados em 22 UTIs de hospitais públicos e privados de Belo Horizonte concluiu que 64% deles, com 60 anos ou mais, apresentavam risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão¹⁶. Outro estudo, realizado com 74 pacientes em

UTIs de um hospital universitário de nível terciário na cidade de São Paulo, encontrou resultado semelhante, quando se associou a ocorrência de úlcera por pressão à média de idade mais elevada, de 60 anos¹⁷. Nesse sentido, infere-se que a idade, o estado de saúde e a mobilidade são fatores que contribuem para a presença de lesões de pele.

A especialidade que mais motivou a internação foi a de clínica médica, seguida pela pneumologia, o que está em conformidade com a literatura, que afirma serem os setores de clínica médica e UTIs os locais onde se encontraram pacientes portadores de úlcera por pressão. Isso se deve ao tempo prolongado de internação e à associação da gravidade, complexidade e grau de dependência dos pacientes com doenças infecciosas (pneumonia e infecção do trato urinário, redução da percepção sensorial causada por medicamentos sedativos, analgésicos e relaxantes musculares, acarretando menor reação à pressão excessiva)^{17,18}.

Cabe salientar que a avaliação dos pacientes foi realizada diariamente e, com isso, houve modificação de seu estado e de sua propensão ao desenvolvimento de úlcera por pressão, uma vez que a EB foi aplicada em consonância com a classificação de dependência dos pacientes para o cuidado de enfermagem nas 435 avaliações efetuadas. A avaliação contínua do paciente influenciou a ocorrência de classificação de um número maior de pacientes em semidependentes e independentes, uma vez que o quadro se modificava a cada avaliação, da internação à alta hospitalar.

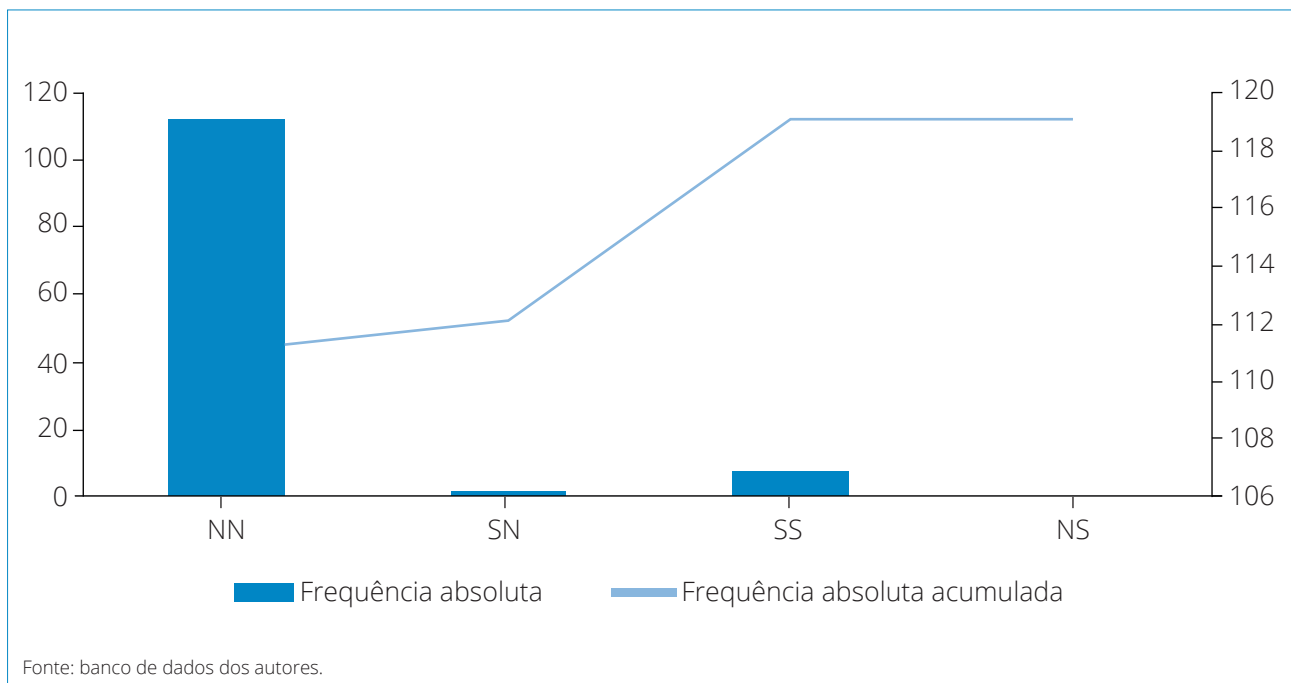


Figura 2. Distribuição dos pacientes de acordo com a presença de úlcera por pressão na internação, durante a hospitalização e na alta, Florianópolis, SC, 2012.

A classificação dos pacientes em relação à dependência dos cuidados de enfermagem se mostrou efetiva e em consonância com os resultados de um estudo realizado em um hospital universitário de Porto Alegre, que analisou a associação entre uma classificação de pacientes e a EB em unidades de internação, com 2.562 pacientes¹⁹. Também foi comprovada a relação entre a dependência do paciente e a ocorrência de úlcera por pressão em pacientes adultos internados. Os autores confirmaram que a utilização de instrumentos de avaliação facilita a identificação do risco e o estabelecimento precoce de medidas de prevenção.

A média de dias de internação, assim como o estado dos pacientes, pode ter influência sobre a não ocorrência de úlcera por pressão. Um estudo realizado com 690 pacientes em um hospital público de Joinville (SC) identificou a média e o tempo médio de desenvolvimento das úlceras por pressão, que ocorrem geralmente a partir de 13 dias de internação para um paciente cirúrgico, 8 dias para intercorrências clínicas e 10 dias para pacientes de UTIs. O tempo médio de internação aumenta o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão²⁰.

Embora neste estudo as avaliações tenham identificado um número maior de pacientes com baixo risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, ao serem somadas as avaliações de risco moderado, risco alto e risco muito alto, constata-se a necessidade de implementar cuidados de enfermagem para a prevenção de úlcera por pressão em 164 casos.

Como não houve desenvolvimento de úlcera por pressão no período da coleta de dados, sendo a incidência igual a zero, infere-se a eficácia dos cuidados de prevenção implementados, quais sejam, o uso de colchão piramidal; a massagem de conforto; a elevação dos calcanhares com o uso de travesseiro debaixo da panturrilha; e a mudança de decúbito^{3,10}. Embora o colchão piramidal aumente o conforto, mas não reduza a pressão, ele foi utilizado por ser um dos meios disponíveis na instituição, associado à massagem de conforto e à mudança de decúbito.

A inexistência de novos casos de úlcera por pressão na instituição estudada, com a adoção de medidas de prevenção para essa complicação, confirma que as recomendações de prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos que apresentem risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, em todos os grupos etários. Para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, o enfermeiro pode utilizar diariamente, além das escalas preditivas, a avaliação clínica e a anamnese, o que facilita o processo de sistematização da assistência por meio da avaliação, da elaboração do diagnóstico de enfermagem, da prescrição e

da evolução de enfermagem. O momento da realização do banhotem se constituiu um excelente momento para examinar a pele e avaliar a eficácia de medidas preventivas adotadas, tais como controle do excesso de pressão sobre as eminências ósseas, uso de soluções para manter a integridade da pele, redistribuidores de pressão, entre outros²¹. As intervenções prescritas devem ser adotadas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e pessoas vulneráveis que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados e em instituições de longa permanência, independentemente de seu diagnóstico e das necessidades de cuidados²².

Em relação às vantagens da utilização da EB para a avaliação, a prevenção e o controle das úlceras por pressão, diversos estudos identificam aspectos positivos nesse sentido^{12,13}. A EB é considerada um instrumento de fácil utilização e eficiente para predizer o risco de úlcera por pressão, com sensibilidade e especificidade adequadas⁹.

A utilização da EB para avaliar o risco de úlcera por pressão se demonstrou positiva durante a realização deste estudo, pois todos os pacientes foram avaliados sistematicamente, o que favoreceu a prevenção e a recuperação. Nesse sentido, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem para cada subescala da escala de Braden, tais como: percepção sensorial e umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento, que auxiliaram o enfermeiro a planejar a assistência ao paciente.

Entretanto, embora se perceba a conscientização e a preocupação dos enfermeiros com relação ao cuidado e à aplicação de escalas preditivas em pacientes que apresentam úlcera por pressão, ainda é necessário organizar capacitações constantes para a prevenção da complicação em instituições de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que os idosos e os pacientes dependentes apresentaram, respectivamente, alto e altíssimo risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, demandando, portanto, cuidados especiais durante a internação.

Os dados que emergiram do presente estudo reafirmam a EB como instrumento preditivo para a avaliação do risco de úlcera por pressão, pois ela possibilita a realização do exame físico, especialmente a inspeção da integridade da pele. Ressalta-se positivamente que, durante o período de aplicação da EB, a incidência de úlcera por pressão foi igual a zero e uma úlcera por pressão previamente existente cicatrizou-se a partir da avaliação e da implementação de cuidados específicos. Sendo assim, a

aplicação diária da EB contribuiu para a sistematização da assistência de enfermagem e, embora não tenha sido objeto do estudo, para a atualização da equipe de enfermagem com vistas à programação e à implementação de cuidados que mantenham a integridade da pele dos pacientes.

Entende-se que novos estudos que contemplem um número maior de pacientes e a inclusão de outras instituições de saúde devam ser incentivados com o objetivo de ampliar a aplicabilidade da EB como ferramenta preditiva de cuidados com a integridade da pele.

REFERÊNCIAS

- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Injury Stages [Internet]; 2016. Staging Consensus Conference that was held April 8-9, 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npup-pressure-injury-stages/>. Acesso em: 30 abr. 2016.
- Irion GL. Feridas – novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- Pott FS, Ribas JD, Silva OBM, Souza TS, Danski MTR, Marineli MJ. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013;18(2):238-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.26085>. Acesso em: 05 dez. 2013.
- Melo L, Gonçalves O, Vieira DS. Incidência e prevalência de úlcera por pressão dos usuários atendidos em um hospital de médio porte. *Perquirere*. 2015;12(1):137-49. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br>. Acesso em: 06 nov. 2015.
- Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(2):175-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2015.
- Pinto EN, Souza SROS, Oliveira ES, Figueiredo NMA, Gomes LLO. Sinal de alerta para úlceras por compressão e a enfermagem. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB (Orgs.). *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 413-54.
- Borghardt AT, Prado TN, Araújo TM, Rogenski NMB, Bringuento MEO. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(1):28-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf. Acesso em: 04 out. 2015.
- Hans M, Bitencourt JVOV, Pinheiro F. Additional risk factors related to Braden Scale: a risk for pressure ulcers. *Enferm Foco* [Internet]. 2011;2(4):222-25 Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/188/124>. Acesso em: 15 mai. 2013.
- Prevention Plus. Home of the Braden Scale [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.bradenscale.com>. Acesso em: 05 dez. 2014.
- Caliri MHL. Úlcera por pressão/recomendações para a prevenção. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridas/cronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=24. Acesso em: 01 out. 2015.
- Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(6):[10 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf. Acesso em: 01 out. 2015.
- Martins DA, Soares FFR. conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas gerais. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):83-7. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/11956>. Acesso em: 04 out. 2015.
- Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 30. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
- Lisboa CR. Risco para úlcera por pressão em idosos institucionalizados [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/648M.PDF>. Acesso em: 01 out. 2015.
- Borges EL, Fernandes FP. Úlcera por pressão. IN: Domansky RC, Borges EL (Orgs.). *Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências*. Rio de Janeiro: Rubio; 2012. p. 151-218.
- Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011;45(2):313-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.
- Creiasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(Especial - 70 Anos):897. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/en_11.pdf. Acesso em: 04 out. 2015.
- Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010;12(4):719-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8481>. Acesso em: 17ago. 2016.
- Urbanetto JS, Santos MACN, Poltozi AF, Pechansky ALC, Hax G, Custódio A. A relação entre a dependência de cuidados, riscos e úlcera por pressão. *Enferm Foco* [Internet]. 2012;3(4):198-201. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/384/175>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- Moro A, Maurici A, Valle JB, Zaclikevis VR, Kleinubing Junior H. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(4):300-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013. Acesso em: 20 fev. 2016.
- Ferreira JDL, Aguiar ESS, Lima CLJ, Brito KKG, Costa MML, Soares MJGO. Ações preventivas para úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física no âmbito domiciliar. *Estima*. 2016;14(1):36-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>. Acesso em 09 jul. 2013.

Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação

Incidence of pressure injuries in Intensive Care Unit in an accredited hospital

Incidencia de las lesiones de presión en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital con acreditación

Anne Kayline Soares Teixeira¹, Tiago da Silva Nascimento², Ingrid Thaís Lopes de Sousa², Luis Rafael Leite Sampaio², Alessandra Rocha Mororó Pinheiro³

RESUMO

As lesões por pressão são consideradas eventos adversos e uma complicação frequente em pacientes graves, refletindo de forma indireta a qualidade do cuidado. O presente estudo, de abordagem quantitativa, teve como objetivo analisar o perfil de incidência das lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva de adultos, em 2014. A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética (parecer 1.188.404), foi realizada em um hospital que possui 336 leitos, dos quais 21 são destinados à Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Os dados foram coletados por meio de fichas de monitoramento de riscos referentes às incidências de lesões por pressão no período de janeiro a dezembro de 2014. Os dados foram transcritos, tabulados e organizados em tabelas de maio a junho de 2015. Houve um total de 649 internações e foram identificadas 68 incidências, o que corresponde a 10,47% dos casos de incidência sobre o total de internações. Destes, 51,5% eram do sexo masculino e 48,5% feminino; 58,8% incidiram durante os primeiros 14 dias de internação. Predominou-se a faixa etária acima de 60 anos, com 79,4%. Dos indivíduos com faixa etária acima de 60 anos, 61,1% apresentaram risco elevado para o desenvolvimento de lesão por pressão. A região sacral foi identificada em 46,4%. 61,9% dos casos eram de estágio 2. O estudo evidenciou baixa incidência de lesão por pressão nos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva, levando-se em consideração o referencial de estudos internacionais e nacionais. Percebe-se, também, que predomina o seu surgimento em localizações anatômicas consideradas de maior pressão, e que as lesões foram identificadas precocemente.

DESCRITORES: Ferimentos e lesões. Úlcera por pressão. Unidades de Terapia Intensiva. Incidência. Estomaterapia.

ABSTRACT

Pressure injuries are considered adverse effects and a frequently observed complication in severely ill patients. They indirectly reflect the quality of nursing care. This is a quantitative study with the aim of analyzing the incidence profile of pressure injuries in an Intensive Care Unit for adults in the year of 2014. The study, approved by the Ethics Committee of the hospital (No. 1,188,404), was held in a hospital with 336 beds; 21 of these are intended for adult Intensive Care Unit. Data were collected using risk monitoring charts in order to calculate the incidence of pressure injuries from January to December of 2014. Data were transcribed, tabulated and organized in tables between May and June of 2015. There were 649 Intensive Care Unit admissions in the studied period and 68 patients with pressure injuries were identified, which corresponds to a 10,47% incidence of cases over the total admissions. Among patients

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

Endereço para correspondência: Departamento de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Campus do Itaperi – Avenida Doutor Silas Munguba, 1.700 – CEP: 60714-242 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: kaylinoes@hotmial.com

²Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Escola de Saúde Pública do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

Artigo recebido em: 16/11/2015 – Aceito para publicação em: 03/08/2016.

with pressure injuries, 51.5% were male and 48.5% were female; 58.8% of the cases occurred during the first 14 days of Intensive Care Unit stay. 79.4% of the patients were elderly, aged 60 years or older; in this group, 61.1% of them presented an increased risk for developing pressure injuries. The sacral region was the most frequent affected (46.4%). Regarding categorization, stage 2 was the most prevalent (61.9%). The present study evidenced an incidence of low-pressure injuries in intensive care patients, when compared to other studies, both national and international. It was also observed that pressure injuries most often happened in "high pressure" body regions, and that they presented an early identification.

DESCRIPTORS: Wounds and injuries. Pressure Ulcer. Intensive Care Unit. Incidence. Stomatherapy.

RESUMEN

Las lesiones de presión son consideradas eventos adversos y una complicación frecuente en pacientes en estado crítico. Las lesiones son un reflejo indirecto de la calidad del cuidado de las enfermeras. Se condujo un estudio de abordaje cuantitativo, cuyo objetivo fue analizar el perfil de incidencia de las lesiones de presión en una Unidad de Cuidados Intensivos para adultos en 2014. La investigación, aprobada por el Comité de Ética (n° 1.188.404), se realizó en un hospital con 336 camas; 21 en la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos. Se recogieron los datos con fichas de seguimiento de riesgo que evaluaron las incidencias de lesiones de presión entre enero y diciembre 2014. Los datos fueron transcritos, tabulados y organizados en cuadros en los meses de mayo hasta junio de 2015. Fueron observadas 649 admisiones en el periodo y 68 pacientes con lesiones, representando 10,47% de incidencia. Entre esos pacientes, 51,5% fueron hombres y 48,5% mujeres. 58,8% de las lesiones ocurrieron en los primeros 14 días de admisión. Los pacientes con más de 60 años fueron la mayoría (79,4%). Entre los individuos con más de 60 años, 61,1% presentaron alto riesgo para el desarrollo de las lesiones por presión. La región sacra fue el sitio más común (46,4%). La fase 2 de las lesiones fue la más común (61,9%). Este estudio mostró la baja incidencia de lesiones de presión en los enfermos de la Unidad de Cuidados Intensivos, en comparación con los estudios nacionales e internacionales. El estudio también indicó que las lesiones se producen más en sitios anatómicos considerados de mayor presión, y entonces luego encontradas en etapas tempranas.

DESCRIPTORES: Heridas y traumatismos. Úlcera por Presión. Unidad de Cuidados Intensivos. Incidencia. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco de morte, que necessitam de atendimento ininterrupto. São caracterizadas, muitas vezes, como um ambiente relacionado ao sofrimento e à morte¹. Ali se desenvolve tratamento intensivo e hostil, pois, além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem fatores prejudiciais à sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intervenções terapêuticas frequentes, isolamento, permanência no leito por um período longo e medo do agravamento da doença e da própria morte. Alguns desses fatores favorecem o surgimento de complicações como atrofias musculares e úlceras por pressão².

Recentemente o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) padronizou um novo conceito sobre úlcera por pressão (lesão por pressão) e seu estadiamento. Atualmente, a úlcera por pressão é denominada "lesão por pressão" e é definida como: "dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar

em pele íntegra ou como úlcera aberta, e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição"³.

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a incidência e prevalência de lesões por pressão em UTI permanecem elevadas. Estudo realizado em 22 UTIs, de 15 hospitais de Belo Horizonte, identificou que a ocorrência de pelo menos uma lesão por pressão por paciente foi de 35,2%⁴. Na literatura internacional, há uma prevalência que varia de 4,0 a 49,0% e uma incidência de 3,8 a 12,4% em ambiente de cuidados intensivos⁵.

As lesões por pressão são feridas que podem ser causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Como fatores extrínsecos, têm-se a pressão, o cisalhamento e a umidade. A pressão é considerada o principal fator causador, pois o seu efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade da pressão, à sua duração e tolerância tecidual⁶. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se: a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas (como diabetes melito e doenças cardiovasculares)⁷.

Essas lesões são consideradas eventos adversos ocorridos durante a hospitalização e refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado. Além disso, são uma complicação frequente em pacientes graves e têm grande impacto sobre sua recuperação e qualidade de vida⁸. Portanto, cabe aos profissionais de saúde, em especial à equipe de Enfermagem, identificar os fatores de risco para o seu desenvolvimento nos pacientes e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a qualidade da assistência que lhes é devida.

Para avaliação do risco de formação da lesão por pressão, existem diversas escalas; vale destacar a Escala de Braden, que foi desenvolvida com base na fisiopatologia da lesão por pressão. De acordo com tal escala, são avaliados seis fatores de risco (subescalas) no paciente, que são:

1. Percepção sensorial: referente à capacidade de o paciente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão;
2. Umidade: refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade;
3. Atividade: avalia o grau de atividade física;
4. Mobilidade: refere-se à capacidade do paciente em mudar e controlar a posição do seu corpo;
5. Nutrição: retrata o padrão usual de consumo alimentar do paciente;
6. Fricção e cisalhamento: retrata a dependência do paciente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratatura e agitação que podem levar à constante fricção.

Cada subescala tem pontuação que varia entre um e quatro, com exceção do domínio “fricção e cisalhamento”. A somatória total fica entre os valores 6 e 23, sendo que quanto menor o escore, maior o risco de ocorrência de lesões⁹.

As instituições hospitalares, preocupadas com a segurança e a qualidade de sua assistência, utilizam instrumentos, como a escala de Braden, com o intuito de auxiliar os enfermeiros no processo de decisão das medidas preventivas a serem adotadas, de acordo com o risco de cada paciente¹⁰.

Outra forma de buscar qualidade e segurança na assistência é o processo voluntário de acreditação hospitalar. A instituição prestadora de serviço é submetida a uma avaliação criteriosa por uma organização não governamental, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, chamada de Organização Nacional de Acreditação (ONA). O principal objetivo dela é a implantação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando

todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação¹¹.

As instituições hospitalares passam por um processo de avaliação e visita dos avaliadores, no qual é gerado um parecer final sobre a indicação para acreditação. O certificado é emitido pela Instituição Acreditora, estabelecendo um nível de classificação: “Acreditado”, “Acreditado pleno” e “Acreditado com Excelência”. Os dois primeiros têm validade de dois anos e o último, de três anos¹². Ao final desse período, a instituição deve submeter-se a um novo processo de avaliação.

Diante da adesão à acreditação, a assistência de Enfermagem é essencial para um programa de qualidade, devido à numerosa quantidade de profissionais e por sua atuação direta e permanente aos pacientes. A Enfermagem atua com autonomia e corresponsabilidade, por meio de instrumentos da estrutura organizacional (como regimento interno, protocolos assistenciais, organograma, rotinas, sistemas de comunicação e controle)^{13,14}.

Tais protocolos proporcionam maior efetividade e eficiência na prestação de serviços em saúde. Assim, os processos de acreditação são influenciados pelas ações da Enfermagem e, ao mesmo tempo, têm importantes implicações no cotidiano de trabalho da equipe.

A preocupação acerca da temática é de ampla magnitude e envolve tanto recursos financeiros quanto humanos em seus aspectos de prevenção, tratamento e aprimoramento de tecnologias de cuidado de Enfermagem. Assim, constitui um grande desafio a ser enfrentado pela equipe multiprofissional envolvida na assistência prestada nas UTIs¹⁵.

A importância do problema está no fato de que a prevenção da lesão por pressão tem sido considerada um indicador de qualidade não só do serviço de saúde como também da assistência de Enfermagem na UTI. Devido à gravidade do problema que essas lesões podem ocasionar, as mesmas foram incluídas pela *Agency for Health Care Policy and Research* (ACPHR) como um dos indicadores de qualidade da assistência à saúde¹⁵.

Diante da complexidade do problema e considerando a relevância do assunto em questão na realidade da UTI (visto que estes pacientes desenvolvem lesão por pressão sob os cuidados da instituição — seja por uma estrutura deficiente, instabilidade hemodinâmica, ou por uma deficiência no cuidar), realizou-se este estudo. Desse modo, o trabalho contribuirá para a produção de conhecimento à comunidade científica, principalmente aos profissionais de saúde

que cuidam de pacientes gravemente enfermos. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil de incidências das lesões por pressão em UTI Adulto em 2014.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, usando um eixo descritivo, retrospectivo e documental, o qual consistiu na análise documental das fichas do gerenciamento de riscos de lesões por pressão nos pacientes da UTI Adulto.

A pesquisa foi realizada em um hospital de atenção secundária dentro da rede pública de saúde. Esse foi o primeiro hospital público das regiões Norte e Nordeste a receber o título de acreditação hospitalar nível 1 e 2 pela ONA. Trata-se de um hospital de apoio para a rede terciária de assistência do estado do Ceará, atendendo exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). Oferece à população 336 leitos, distribuídos nas clínicas médicas, cirúrgica, pediátrica, Unidade de Cuidados Especiais, UTI adulto (21 leitos), UTI neonatal, UTI pediátrica e berçário médio risco. Desenvolve, ainda, programas de assistência ambulatorial e domiciliar, como também cuidados especiais e personalizados, com equipes multidisciplinares para pacientes portadores de enfermidades crônicas.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro junto às fichas de monitoramento de riscos, alimentadas diariamente por acadêmicos de Enfermagem do serviço de estomaterapia e supervisionadas pela estomaterapeuta da instituição. Enfatiza-se que a coleta de dados foi realizada após treinamento dos acadêmicos de Enfermagem acerca do monitoramento de lesões por pressão e dados de incidência. Utilizou-se o cálculo universal para a análise de percentual das incidências, sendo este: número de casos novos de lesões por pressão na UTI sobre o número de pessoas expostas ao risco na unidade, no mesmo período, multiplicado por 100.

A ficha de monitoramento de pele contém informações quanto aos riscos clínicos que cada paciente apresenta, dentre eles o risco para lesão por pressão segundo a escala de Braden, além do tempo de internação do paciente no hospital e na UTI, e se há integridade da pele ou não no momento da admissão na unidade.

Os dados obtidos foram acerca das incidências de lesões por pressão na UTI referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014. A coleta e organização dos dados foram realizadas de maio a junho de 2015, tendo sido utilizado como instrumento

de coleta de dados um formulário elaborado pelos pesquisadores, no qual se questionava: a incidência da lesão por pressão; o mês de ocorrência; o sexo do paciente; a idade; o tempo de internação na unidade; a localização da lesão; o estágio e o risco na escala de Braden.

Para a análise, os dados foram transcritos e tabulados em uma planilha do programa Excel do Windows 7 Professional e, posteriormente, organizados em tabelas e figuras. Eles foram interpretados e fundamentados com base na literatura pertinente à temática.

A incidência expressa o número de casos novos, na população, durante um determinado período. Para estabelecê-la, é necessário especificar a duração do tempo de observação de surgimento dos casos novos. Dessa forma, a incidência reflete a dinâmica com que os casos aparecem no grupo e a força da morbidade (mortalidade). Para o cálculo da incidência, foi utilizada a Equação 1¹⁶:

$$\text{Índice de incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de "casos novos" em determinado período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas expostas ao risco no mesmo período.}} \quad (1)$$

Foram respeitadas as normas éticas e legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 466/12, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos, incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da Bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Visa, sobretudo, a assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do estudo. Foi resguardado o anonimato dos integrantes da pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza, sob o parecer n° 1.188.404.

RESULTADOS

Em 2014, houve um total de 649 internações na UTI adulto. Todos os pacientes admitidos nela apresentaram algum risco de desenvolvimento de lesão por pressão, segundo a escala de Braden. A partir das fichas de gerenciamento de riscos clínicos, foram identificadas 68 notificações de incidências na referida UTI, as quais compuseram a amostra da pesquisa.

As 68 notificações corresponderam a uma incidência de 10,47% do total de internações nesta unidade em 2014. Foi observado que, entre os casos notificados de lesão por

pressão, 35 dos pacientes (51,5%) eram do sexo masculino e 33 (48,5%) do feminino, conforme Tabela 1.

Acerca da distribuição dos pacientes quanto ao tempo de internação até o surgimento da lesão por pressão, observou-se que, dos 68 pacientes que desenvolveram a lesão por pressão durante a internação na UTI, 40 (58,8%) incidiram durante os primeiros 14 dias de internação no leito, 18 (26,5%) apresentaram lesão entre o 15° e o 30° dia, 6 (8,9%) entre o 31° e o 45° dia, e apenas 4 (5,8%) apresentaram incidência após o 45° dia de internação, os dados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes do estudo de acordo com o sexo.

Sexo dos pacientes	n	%
Feminino	33	48,5
Masculino	35	51,5

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de internação até o surgimento da lesão por pressão

Dias de internação	n	%
0 a 14 dias	40	58,8
15 a 30 dias	18	26,5
31 a 45 dias	6	8,9
+45 dias	4	5,8

Tabela 3. Classificação do risco pela escala de Braden dos pacientes na unidade do campo de estudo, de acordo com a faixa etária.

Faixa etária (anos)	Pacientes		Classificação do risco segundo a escala de Braden	Pacientes	
	n	%		n	%
20 a 40	4	5,9	Moderado	0	0
			Elevado	4	5,9
			Muito elevado	0	0
41 a 60	10	14,7	Moderado	0	0
			Elevado	4	5,9
			Muito elevado	6	8,8
Acima de 60	54	79,4	Moderado	5	7,4
			Elevado	33	61,1
			Muito elevado	16	29,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 3, relacionam-se os dados da faixa etária e os valores encontrados na avaliação do risco dos pacientes utilizando-se a escala de Braden. Assim, foram obtidos os seguintes resultados entre os 68 pacientes que apresentaram a lesão durante a internação na unidade: a frequência predominante quanto à faixa etária foi acima de 60 anos em 54 pacientes (79,4%); seguido de 10 na faixa etária de 41 a 60 anos (14,7%); e 4 de 20 a 40 anos (5,9%). Dos indivíduos com faixa etária acima de 60 anos, 33 (61,1%) apresentaram risco elevado para o desenvolvimento de lesão por pressão, e 16 (29,6%), risco muito elevado.

Quanto à classificação em estágios, conforme Tabela 4: 52 (61,9%) das lesões por pressão notificadas eram de estágio 2; 17 (20,2%) de estágio 1; e 12 (14,2%) de estágio indeterminado. Pode-se observar a ocorrência das lesões quanto à região anatômica do seu desenvolvimento. Percebe-se maior incidência das lesões na região sacral, vistas em 39 (46,4%) dos casos, seguidas de calcâneo, em 25 (29,76%) e, em terceiro lugar, trocânter, em 8 (9,5%) dos casos. Quanto ao estadiamento destas lesões, houve predomínio do estágio 2 nos 3 locais, conforme citado.

DISCUSSÃO

As lesões por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados. São considerados pacientes críticos aqueles que têm condições

Tabela 4. Distribuição da localização da incidência das lesões por pressão na unidade do campo de estudo, considerando a localização anatômica e o estágio de classificação.

Localização anatômica	Estadiamento da lesão por pressão						Total	
	1	2	3	4	Indeterminada	LPTP	n	%
Sacral	6	29	1	0	3	0	39	46,4
Occipital	1	0	0	0	1	0	2	2,4
Calcâneo	7	10	0	0	7	1	25	29,76
Panturrilha	0	3	1	0	1	0	5	6,0
Trocânter	2	6	0	0	0	0	8	9,5
Joelho	1	1	0	0	0	0	2	2,4
Coluna vertebral	0	1	0	0	0	0	1	1,1
Pavilhão auricular	0	2	0	0	0	0	2	2,4
Total	17	52	2	0	12	1	84	100

LPTP: lesão por pressão tissular profunda.
 Fonte: Dados da pesquisa.

clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados a terapias de maior complexidade, de caráter invasivo ou não¹⁷.

Essas feridas prolongam a hospitalização, dificultam a recuperação do doente e aumentam o risco para o desenvolvimento de outras complicações, tais como infecções ou osteomielite. Mas é por representarem um acréscimo ao sofrimento físico e emocional desses pacientes que as lesões por pressão merecem atenção por parte da equipe multiprofissional, no sentido de prevenir o seu aparecimento ou favorecer o seu tratamento¹⁷.

Segundo dados da NPUAP³, a prevalência de lesões por pressão em hospitais é de 15,0% dos pacientes admitidos, e a incidência é de 7,0%. No Reino Unido, casos novos de lesões por pressão acometem entre 4,0 a 10,0% das admissões. No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência, estudo realizado em hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%. Já em relação à incidência em UTI, estudos nacionais apontaram valores que variam de 23,1 a 62,5%¹⁸⁻²⁰. Face ao exposto, o resultado de 10,47% identificado para incidência de lesão por pressão na UTI investigada encontra-se abaixo do esperado para as unidades hospitalares e centros de terapia intensiva.

Essa baixa incidência encontrada pode ser atribuída ao conjunto de fatores percebidos na instituição do estudo, como a presença de programas de prevenção direcionados para profissionais das UTIs, orientados pelo serviço de

estomatoterapia e monitorados pelo gerenciamento de riscos clínicos; nesses programas, contamos com a atuação de acadêmicos de Enfermagem em visitas sistemáticas nas unidades.

A instituição em estudo aderiu ao programa de qualidade contínuo norteado pela ONA e aprimorou as diretrizes recomendadas pelo Protocolo de Prevenção de Úlcera do Plano Nacional de Segurança do Paciente. Nesse cenário, a lesão por pressão se destaca como indicador importante e que deve ser mensurado e trabalhado nas instituições, principalmente nas unidades de maior risco, como é o caso das UTIs.

O hospital possui serviço de estomatoterapia em funcionamento desde 2004, responsável tanto pela construção/atualização de protocolos de assistência para prevenção de pele, quanto pela avaliação e identificação dos pacientes em risco. Desse modo, é possível nortear a escolha das intervenções preventivas e curativas adequadas, a exemplo da utilização a escala de Braden como instrumento de avaliação de risco realizada pelo enfermeiro diariamente. O serviço conta ainda com atividades de capacitação dos profissionais nos programas de educação continuada com foco na identificação, descrição e documentação dos registros adequados referentes à lesão por pressão e ao fornecimento de materiais e equipamentos necessários para a prevenção. Logo, denota-se uma reflexão acerca da qualidade da assistência prestada.

O protocolo de prevenção de lesões de pele da instituição em estudo define como principais estratégias: mudança

de decúbito a cada três horas; colchão pneumático para 100% dos pacientes da UTI; acompanhamento semanal pela estomaterapeuta; utilização de ficha de monitoramento de pele com registro da condição da pele na admissão e registro da avaliação diária da pele; envolvimento e sensibilização da equipe multiprofissional; e redução de fricção e cisalhamento por meio da oferta e do uso de dispositivos, como filme transparente em proeminências ósseas e hidratação diária da pele após o banho. Tais medidas se fizeram eficientes na redução da incidência.

Achados semelhantes, quanto à baixa incidência de lesão por pressão, foram identificados em estudo²¹ realizado na UTI de hospital universitário que encontrou uma incidência de 10,6%, que é muito próxima da encontrada no presente estudo, e considerada elevada em comparação com as detectadas nos estudos realizados em instituições privadas, as quais normalmente apresentam índices mais baixos.

No presente estudo, foi identificado que o período das duas primeiras semanas de internação é o tempo de maior frequência para o surgimento de lesões relacionadas à pressão. A tendência de desenvolvimento de lesão por pressão nas duas primeiras semanas de hospitalização é também encontrada em outros estudos²²⁻²⁵. Considera-se, portanto, esse período como um fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de lesão. Faz-se necessário e essencial a atuação do enfermeiro na linha de cuidados do paciente crítico na adoção precoce das medidas preventivas. Destaca-se a importância de ter processos de trabalho definidos para a detecção do risco para lesão nas primeiras seis horas de internamento para permitir que as medidas sejam adotadas o mais brevemente possível. É imprescindível a realização da avaliação do risco na admissão do paciente.

Pode-se inferir que a população estudada foi predominantemente idosa, ou seja, apresentando uma maior suscetibilidade ao surgimento de lesão por pressão devido às características ocasionadas pelo envelhecimento da pele.

Numerosas são as mudanças que se observa na pele com o avanço da idade. Temos como sinais clínicos clássicos do envelhecimento: afinamento, fragilidade, rugas, queratose e desidratação. Tais fatores ocorrem devido à diminuição da camada dérmica, da sua vascularização, da proliferação epidérmica e de suas funções como a percepção da dor, a resposta inflamatória e a função de barreira, tornando-a mais vulnerável à injúria²⁶.

Estudos indicam que o progressivo comprometimento da atividade celular na terceira idade, especialmente dos fibroblastos, afeta diretamente a produção de colágeno local, principal proteína responsável pela formação da estrutura e força tensil tegumentar. Assim, verifica-se um aumento da probabilidade de doenças crônicas, muitas das quais tornam as pessoas mais suscetíveis a desenvolver lesões por pressão²⁶⁻²⁸.

De acordo com os resultados para classificação de risco segundo a escala de Braden, houve predomínio de pacientes que desenvolveram a lesão com risco elevado para lesões por pressão na UTI. Diante disto, a utilização dessa escala permite identificar fatores de risco específicos de cada paciente, o que pode contribuir para a percepção das limitações presentes em diferentes grupos de pacientes, independentemente de qual seja o diagnóstico ou tipo de patologia⁷.

As diretrizes internacionais e nacionais aconselham a utilização da escala de Braden para contribuir na identificação dos pacientes que apresentam o risco para lesão por pressão desde admissão e durante o período de internação e aplicação das medidas preventivas pelos profissionais. Sugere-se que a reavaliação ocorra pelo menos a cada 48 horas após admissão ou sempre que as condições do paciente se modificarem²⁹.

Quanto à localização anatômica das úlceras, constatou-se que as áreas mais frequentes foram: sacral, calcâneo e trocânter. Estas correspondem aos pontos de maior pressão em paciente na posição dorsal. Sabendo que existe relação direta entre a localização mais frequente de lesão por pressão e a posição em que o paciente permanece por um maior período, pode-se concluir que os pacientes mantiveram-se no leito por um tempo prolongado na posição decúbito dorsal, favorecendo o desenvolvimento da lesão. Tais fatos nos remetem à necessidade de avaliação e registro por parte da equipe acerca da condição hemodinâmica do paciente, bem como à importância de programação da mudança de decúbito conforme condição clínica, que deve ser avaliada a cada troca de plantão.

Houve predomínio de lesão por pressão em estágio 2, o que aponta que estes resultados coincidem com estudos³⁰ realizados em hospitais americanos, nos quais 90,0% das lesões eram de estágios 1 e 2; e com estudos^{21,31} nacionais, desenvolvidos em hospitais universitários, que também mostraram predomínio desses mesmos estágios. Tal característica é reflexo da atenção dos enfermeiros quanto à questão da identificação e notificação precoce de lesões por pressão durante o período de internação.

CONCLUSÃO

O estudo evidencia uma baixa incidência de lesão por pressão nos pacientes internados na UTI, levando-se em consideração o referencial de estudos internacionais e nacionais. Observa-se, também, que predomina o surgimento de lesões em localizações anatômicas consideradas de maior pressão e que estas são identificadas precocemente.

Embora exista a atuação eficaz da equipe de Enfermagem na aplicação da escala de Braden na identificação em tempo hábil dos pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de lesões por pressão, ainda se faz necessário estabelecer estratégias para a prevenção das mesmas e sempre avaliar a adesão ao protocolo estabelecido. Tais medidas visam a minimizar as

complicações para o paciente e, conseqüentemente, reduzir a incidência na unidade, reforçando as ações do protocolo de prevenção de lesões de pele que necessitam ser intensificadas.

Percebe-se a importância de identificar o nível de adesão à prevenção da lesão por pressão dos profissionais de um modo geral, e não somente da Enfermagem. Nesse processo, é necessário tentar identificar as falhas não só nas atribuições da equipe de Enfermagem, mas também nos papéis que cabem ao médico, ao nutricionista, ao fisioterapeuta e a outros profissionais envolvidos na logística da prevenção (como a eficiência da farmácia e engenharia clínica). Assim, é essencial identificar a interação de protocolos e fazer ajustes nas ações previstas que têm impacto ou ação direta no comprometimento da pele do paciente criticamente enfermo.

REFERÊNCIAS

1. Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):279-86.
2. Nogueira PC, Caliri MH, Haas VJ. Profile of patients with spinal cord injuries and occurrence of pressure ulcer at a university hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006;4(3):372-7.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) [Internet] [cited 2016 Jun 22]. Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
4. Gomes FS, Bastos MA, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):1070-6.
5. Shahin ES, Dassen T, Halfens RJ. Prevalência de pressão úlcera e incidência em pacientes de terapia intensiva: revisão da literatura. *Nurs Crit Care.* 2008;13(2):71-9.
6. Bryant RA. *Acute & chronic wounds: nursing management.* 2. ed. Michigan: Mosby; 2000. 558p.
7. Bergstrom N, Braden BJ, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:22-30.
8. Silva 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.* 2010;22(2):175-85.
9. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Adv Skin Wound Care.* 2002;15(3):125-33.
10. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e Glasgow para identificação do risco para úlcera de pressão em pacientes internados e centro de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2008;6(16):1-6.
11. Organização Nacional de Acreditação. *A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade.* [Folder]. Brasília (DF); 2000.
12. Quinto NA, Bittar OJ. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.* Porto Alegre: Dacasa; 2004.
13. Lima SB, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(3):271-8.
14. Vargas MA, Albuquerque GL, Erdman AL, Ramos FR. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):339-43.
15. Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. *Rev Bras Enferm.* 2010;3(63):470-6.
16. Pereira MG. Morbidade. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 76-101.
17. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):182-7.
18. Rogenski NM, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012;20(2):[07 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16.
19. Louro M, Ferreira M, Povoá P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(3):337-41.
20. Fernandes NC, Torres GV. Incidência e fatores de risco de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saúde.* 2008;7(3):304-10. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6484>.

21. Rogenski NM, Santos VL. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005;13(4):474-80.
22. Cardoso MC, Caliri MH, Hass VJ. Prevalência de úlcera de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. *Rev Min Enferm*. 2004;8(2):316-20.
23. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):182-7.
24. Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(esp.):191-206.
25. Costa IG, Caliri MH. Incidência de úlcera de pressão em centro de terapia intensiva de um hospital universitário e fatores de risco relacionados. *Rev Paul Enferm*. 2004;23(3/4):202-7.
26. Yamada BF. *Pele – o manto protetor: higiene e hidratação*. São Paulo: Andreoli; 2015. p. 57-64.
27. Santos VL. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YA, Diogo MJ. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 265-306.
28. Mulder GD. Factors complicating wound repair. In: Kloth LC, McCulloch JM, Freedard JA. *Wound healing alternatives in management*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1990. p. 43-52.
29. Wound Ostomy and Continence Nursing Society. *Guideline for Prevention and Management of Pressure ulcers*. WOCN Clinical Practice Guideline Series. Glenview; 2003. 52p.
30. Whittington K, Patrick M, Roberts JL. A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *J Wound Care*. 2000;27(4):209-15.
31. Costa IG, Caliri MH. Incidência de úlceras de pressão em centro de terapia intensiva de um hospital universitário e fatores de risco relacionados. *Rev Paul Enferm*. 2005;23(3/4):202-7.

Conhecimento de enfermeiras do Programa de Estratégia Saúde da Família sobre estomias intestinais e urinárias

The knowledge of Family Health Strategy Program nurses about intestinal and urinary stomas

Conocimiento de las enfermeras del Programa Estratégico Salud de la Familia sobre estomas intestinales y urinarios

Claudia Regina de Souza Santos¹, Ângela Cristina de Souza Corrêa², Diosdete da Silva²

RESUMO

Os pacientes com estomias após a alta hospitalar devem receber orientação e acompanhamento pelos enfermeiros da rede pública e/ou de instituições particulares. Os profissionais do Programa de Estratégia Saúde da Família (PESF) atuam desde a promoção até a manutenção da saúde dos membros da comunidade. O objetivo deste trabalho foi obter informações sobre o conhecimento de enfermeiros do PESF a respeito de estomias intestinais e urinárias. Foi realizado um estudo quantitativo com 17 enfermeiros do PESF em um município de Minas Gerais. 100% das entrevistadas eram mulheres; 15 (88,3%) já haviam realizado troca de equipamentos para estomia; 15 afirmaram estarem preparadas para assistir e orientar pessoas com estoma e familiares; 7 (42,0%) relataram lavarem as mãos antes do procedimento e recortarem o equipamento conforme tamanho da estomia; 12 (70,5%) conheciam tal material como “bolsa coletora de fezes” e 10 (59,0%), como protetor de pele em forma de pasta; 12 (70,5%) não tinham conhecimento do aparecimento de complicações; 11 (64,8%) receberam orientações específicas sobre estomias na graduação e 10 (59,0%) não tiveram a oportunidade de realizar a troca do equipamento durante o estágio. Apesar das 15 (88,24%) enfermeiras afirmarem possuírem conhecimentos para assistir e orientar pessoas com estomias e familiares, assim como das trocas dos equipamentos, observou-se insegurança e respostas inadequadas dessa descrição no instrumento de avaliação. Por fim, as enfermeiras relataram estarem preparadas para assistirem pacientes com estomias; no entanto, 70,59% não possuíam conhecimento quanto às complicações e nem tão pouco haviam realizado treinamento e cursos na área.

DESCRITORES: Conhecimento. Atenção primária à saúde. Estomia. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

After hospital discharge, patients with stoma must receive guidance and be followed-up by nurses from public and/or private institutions. The Family Health Strategy Program (PESF) nurses work since health promotion to maintenance of community members. The objective of this investigation was to obtain information about the knowledge of PESF nurses on intestinal and urinary stomas. A quantitative study with 17 PESF nurses in a city in Minas Gerais, Brazil, was carried out. 100% of the respondents were women; 15 (88.3%) had already exchanged stoma equipment; 15 declared being ready to assist and guide people with ostomy and their relatives; 7 (42.0%) reported washing their hands before the procedure and cutting the device based on the stoma size; 12 (70.5%) knew the equipment as “feces collection bag” and 10 (59.0%) knew it as protector skin in paste form; 12 (70.5%) had no knowledge of the occurrence of complications; 11 (64.8%) received specific guidance on stomata in the undergraduate course; and 10 (59.0%) did not have the opportunity to carry out the exchange of the device during the internship. Although the 15 (88.24%) nurses reported having knowledge to assist and guide people with ostomy and their families, as well as the exchange of equipment, it was observed insecurity and inadequate responses of this description in the evaluation tool. Finally, the nurses reported being prepared to assist patients with ostomy; however, 70.59% had no knowledge about the complications nor had conducted training and courses in the area.

DESCRIPTORS: Knowledge. Primary health care. Ostomy. Nursing. Stomatherapy.

¹Centro de Referência ao Paciente com Estoma Intestinal e Urinário da Secretaria Municipal de Saúde de Pouso Alegre – Pouso Alegre (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Áureo Pereira Silva, 75 – Colinas de Santa Bárbara – CEP: 37550-000 – Pouso Alegre (MG), Brasil – E-mail: claudiasantos8@hotmail.com

²Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) – Lavras (MG), Brasil.

Artigo recebido em: 27/01/2016 – Aceito para publicação em: 09/03/2016.

RESUMEN

Después de la alta hospitalaria, los pacientes con estomas necesitan tener orientación y acompañamiento por los enfermeros sea del sistema público sea de instituciones privadas. Los profesionales del Programa de la Estrategia de Salud de la Familia (PESF) han actuado desde la promoción hasta la manutención de la salud de los miembros de la comunidad. El objetivo de ese estudio fue obtener informaciones sobre el conocimiento de los enfermeros del PESF sobre estomas intestinales y urinarios. Se realizó un estudio cuantitativo con 17 enfermeros del PESF en una ciudad en Minas Gerais, Brasil. El 100% de los encuestados eran mujeres; 15 (88,3%) habían experimentado intercambio de equipo de estoma; 15 dijeron estar listos para ayudar y guiar a la ostomía y a los familiares; 7 (42,0%) informaron lavarse las manos antes del procedimiento y cortar el tamaño del dispositivo como estoma; 12 (70,5%) conocían la máquina como “bolsa de recolección de heces” y 10 (59,0%) conocían la piel del protector en forma de pasta; 12 (70,5%) no tenían conocimiento de la aparición de complicaciones; 11 (64,8%) recibieron una orientación específica sobre los estomas en la graduación y 10 (59,0%) no tuvieron la oportunidad de llevar a cabo el cambio del dispositivo durante la pasantía. A pesar de las 15 (88,24%) enfermeras reportaren tener conocimiento para ayudar y guiar a las personas con estomía y sus familias, así como el intercambio de equipo, se señaló la inseguridad y las respuestas inadecuadas a esa descripción en la herramienta de evaluación. Las enfermeras reportaron haber sido preparadas para ayudar a los pacientes con estomía, sin embargo, 70,59% no tenían conocimiento acerca de las complicaciones y tampoco se había llevado a cabo cursos de formación y en el área.

DESCRITORES: Conocimiento. Atención primaria de salud. Estomía. Enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A palavra estomia e/ou estoma diz respeito a uma abertura no abdômen, realizada cirurgicamente, para a exteriorização de parte do intestino, a fim de desviar fezes e/ou gases¹, além de ser utilizada para a exoneração de urina por meio de condutos urinários para a parede abdominal². O câncer colorretal e o de bexiga, a doença inflamatória intestinal, entre outras patologias dos tratos gastrintestinal e urinário são responsáveis pela formação da estomia, além daqueles estomas causados por armas de fogo e arma branca e doenças congênitas³. As estomias podem ser temporárias, realizadas para proteger uma anastomose, com fechamento em um tempo plausível com o tratamento, e definitivas, conduzidas na impossibilidade de restabelecer o trânsito intestinal⁴.

A carência de enfermeiros estomaterapeutas, especialistas na assistência de pessoas estomizadas, nas cidades ou em núcleos (direcionados a assistência de pessoas com estomias intestinais), leva essa população específica a recorrer aos enfermeiros de unidades básicas e do Programa de Estratégia Saúde da Família (PESF). Por esta razão, esses profissionais devem ter conhecimentos capazes de promoverem os cuidados e acompanhar esses pacientes durante a permanência da estomia.

A educação em saúde é fundamental para que o paciente tenha uma assistência de boa qualidade⁵, evitando complicações que possam dificultar as trocas de equipamentos, cabendo ao enfermeiro do PESF participar do processo ensino-aprendizagem do paciente com estomia e familiares, seja por meio de visita domiciliar, consulta de Enfermagem na própria unidade de saúde ou condução a serviços de referência e/ou grupos de apoio⁶.

É imprescindível que a pessoa estomizada, bem como os familiares, tenha acesso a informações como obtenção e uso de equipamento após a alta⁷, e inserção em grupos de pessoas com estomia, em locais que não possuem um centro especializado. O PESF que atua na promoção da saúde proporcionará o cuidado adequado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento familiar⁸.

Durante a visita realizada com preceptor, em estágio do curso de graduação em PESF de uma cidade do Sul de Minas Gerais, observou-se que pacientes e familiares não tinham domínio nem segurança para realizar os cuidados relativos à estomia intestinal, demonstrando aparente medo e ansiedade diante da nova situação de “estar estomizado”. Portanto, resta saber: os enfermeiros generalistas estão preparados para orientar essa clientela diferenciada no autocuidado, bem como auxiliar no processo de reabilitação durante a permanência da estomia?

Acredita-se que os resultados poderão oferecer subsídios ao processo de educação continuada ou capacitação para os profissionais de Enfermagem do PESF, além de serem um incentivo e aprimoramento para acadêmicos de Enfermagem em um Centro Universitário de Minas Gerais.

OBJETIVO

Identificar o conhecimento dos enfermeiros quanto à assistência de Enfermagem do PESF de uma cidade do Sul de Minas Gerais, prestada aos pacientes com estomias intestinais e urinárias.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, desenvolvido em 17 unidades do PESF de uma cidade do Sul de Minas Gerais (16 unidades na zona urbana e 1 na zona rural), com uma cobertura de assistência de 80% da população, sob amostra de conveniência de 17 enfermeiros do PESF (1 enfermeiro para cada PESF). Na cidade e região onde foi realizado o estudo, não havia centro ou núcleo especializado, nem atendimento na atenção básica às pessoas com estomias intestinais e urinárias. O questionário para entrevistas se baseou em informações contidas nos estudos de Costa e Santos⁹ e Monge e Avelar¹⁰. Esse instrumento incluía três divisões, das quais a primeira era relativa aos dados sociodemográficos (idade, cor, sexo, situação conjugal, conclusão de curso, atuação em PESF). A segunda etapa referia-se ao conhecimento do enfermeiro quanto às pessoas com estomias (presença de pessoa com estomia na área de abrangência, realização da troca de equipamentos, preparação do enfermeiro, conhecimento dos equipamentos e protetores, grupos para apoio de pessoas estomizadas, complicação de estomias, interesse na área, cursos ou treinamento na área, conhecimento sobre patologias). A terceira etapa discutia sobre o conhecimento adquirido na graduação (orientações específicas sobre estomias, oportunidade de realizar troca de equipamentos e avaliação das orientações recebidas na graduação).

A coleta de dados foi realizada em março de 2011, por meio do preenchimento de um questionário pelos enfermeiros do PESF, após solicitação da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes do estudo. O contato dos participantes ocorreu após a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa e da Secretaria de Saúde. Os questionários foram entregues aos pesquisadores após seu preenchimento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), CAAE – 0006.0.189.000-11, atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes da cidade e da instituição pública onde foi realizado o estudo foram ocultados a pedido de tal instituição, como forma de evitar constrangimento, independentemente dos resultados obtidos. Os dados foram apresentados sob a forma descritiva e em tabelas, com valores absolutos e percentuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram visitados 17 PESF de uma cidade do Sul de Minas Gerais, com a participação de 17 enfermeiras, ou seja, um profissional para cada PESF. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas.

O estudo foi composto por 17 mulheres (100%), com predominância de 8 (47,06%) na faixa etária de 21 a 30 anos; 9 (52,94%) de cor branca; com valores iguais de 8 (47,06%) tanto para solteiras como para casadas; com 8 (47,06%) enfermeiras atuando no PESF no período de 4 a 6 anos e 9 (52,94%) com tempo de conclusão de curso entre 1 e 5 anos (Tabela 1).

No município do Centro-Oeste de Minas Gerais, em que houve a avaliação do conhecimento de 17 enfermeiros da Atenção Primária de Saúde, foram obtidos resultados similares relativos à idade entre 25 e 35 anos e a média de conclusão de curso (sete anos), mostrando uma população de adultos jovens¹¹. Valores iguais à pesquisa realizada foram encontrados na cidade de Uberaba (Minas Gerais) com 16 enfermeiros do PESF, no qual a maior parte deles tinha tempo de formação entre 1 e 5 anos (9/17; 56,25%) e dados similares (8/17; 50%) para a idade que variava entre 25 e 30 anos, com maioria composta também por mulheres (15/17; 93,75%), como também ao tempo de trabalho no PESF no período de um a cinco anos (9/17; 56,25%)¹².

No município de Guarulhos (SP), relativo à assistência de Enfermagem aos pacientes com estomia intestinal, dos 23 enfermeiros, 12 tinham idades entre 25 e 35 anos, e desses, 21 eram do sexo feminino, mostrando a prevalência do público feminino na profissão, e empate entre solteiras e casadas¹⁰. Quanto à etnia, não foram encontrados estudos abordando essa variável, no entanto, de acordo com o Censo de 2010, a maioria dos brasileiros era branca (47,7%) e parda (43,1%), pressupondo-se, dessa maneira, que os resultados apresentados neste estudo vão ao encontro aos dados mostrados no Censo¹³.

Quanto ao conhecimento do enfermeiro sobre a presença de pessoas com estomias e grupos de encontros para pessoas estomizadas, 13 (76,47%) afirmaram que não existiam pessoas com estomias intestinal ou urinária em sua área de abrangência e 16 (94,12%) desconheciam a existência de grupos de encontro de pessoas com estomias.

Em um estudo realizado em 25 unidades do PESF⁶, sobre a formação de profissionais de Enfermagem e a assistência às

peças com estomias, composto por 86 sujeitos, 45 eram técnicos/auxiliares de Enfermagem e 41 eram enfermeiros, observou-se um número reduzido (9/86; 10,46%) de profissionais que conheciam a existência de estomizados na área de abrangência. Em outro estudo¹⁴, 62% dos profissionais de Enfermagem desconheciam a existência dos grupos de apoio, corroborando com os achados neste estudo, ou seja, apenas três profissionais (17,65%) conheciam pessoas com estomias. O contato entre os usuários

Tabela 1. Características sociodemográficas de enfermeiros do Programa Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade da região Sul de Minas Gerais, 2011.

Características	n (%)
Faixa etária	
21 a 30	8 (47,06)
31 a 40	4 (23,53)
41 a 50	4 (23,53)
51 a 60	1 (5,88)
Total	17 (100)
Cor	
Negra	3 (17,65)
Amarela	3 (17,65)
Branca	9 (52,94)
Parda	2 (11,76)
Total	17 (100)
Situação conjugal	
Solteiro	8 (47,06)
Casado	8 (47,06)
Separado	1 (5,88)
Total	17 (100)
Tempo de conclusão do curso de Enfermagem	
Menos de um ano	1 (5,88)
Um a cinco anos	9 (52,94)
Seis a dez anos	3 (17,65)
Mais de dez anos	4 (23,53)
Total	17 (100)
Tempo de atuação em Programa Estratégia de Saúde da Família	
Até um ano	4 (23,53)
Um a três anos	2 (11,76)
Quatro a seis anos	8 (47,06)
Mais de sete anos	3 (17,65)
Total	17 (100)

por meio dos grupos de apoio auxilia no enfrentamento da nova condição e na promoção da qualidade de vida, incidindo em segurança e confiança nos usuários¹⁵ (Tabela 2).

Na Tabela 2, dos 17 (100%) enfermeiros do PESF, 15 (88,24%) sentiam-se preparados para realizarem orientações às pessoas estomizadas e familiares e 15 (88,24%) já tinham realizado a troca de equipamentos. Quanto à realização de cursos na área, ou seja, estomias intestinais e urinárias, 13 (76,47%) não haviam realizado cursos ou capacitações e 12 (70,58%) relataram ter interesse nesse assunto.

Quanto aos 41 enfermeiros que prestaram assistência às pessoas com estomias, 29 (71%) tiveram essa oportunidade, mas nem todos (20; 69%) consideravam-se seguros para tais cuidados e, desses, 16 (55%) revelaram a necessidade de atualização em tal área⁶. Outra pesquisa¹⁶ mostrou que, dos oito enfermeiros entrevistados, cinco não se sentiam preparados para tais ações e no mesmo estudo, dos 41 profissionais entrevistados, 25% referiram que obtiveram conhecimento sobre estomias intestinais após o curso de Enfermagem.

Na cidade de Recife (Pernambuco), apenas 21 pessoas do PESF relataram ter obtido informações a respeito das

Tabela 2. Conhecimento do enfermeiro quanto à assistência de Enfermagem aos pacientes estomizados de uma cidade da região Sul de Minas Gerais, 2011.

Conhecimento para assistir e orientar pessoas com estomias e familiares?	n (%)
Sim	15 (88,24)
Não	2 (11,76)
Total	17 (100)
Realização de troca de equipamentos	
Sim	15 (88,24)
Não	2 (11,76)
Não sabe	1 (5,88)
Total	17 (100)
Interesse na área de estomias	
Sim	12 (70,58)
Não	5 (29,42)
Total	17 (100)
Realização de cursos e/ou treinamentos na área de estomias	
Sim	4 (23,53)
Não	13 (76,47)
Total	17 (100)

estomias intestinais e 62 (72%) da amostra total não haviam tido interesse nesse assunto⁶. Em Alfenas (Minas Gerais), 53% dos 42 profissionais de Enfermagem que participaram da pesquisa, relataram interesse pelo assunto e em participar de um grupo de apoio a pessoas estomizadas¹⁴. Em Santa Rosa (Rio Grande do Sul), dos 11 enfermeiros que atuavam em PESF, nove afirmaram ter realizado cursos e treinamentos na área de estomias intestinais¹⁷, o que é diferente de outro estudo em que apenas um dos entrevistados, do total de 16, mencionou nunca ter feito algum curso nessa área¹². Essa diversidade, quanto ao interesse pelo assunto e realização de cursos na área de estomias, implica na necessidade de orientar os enfermeiros sobre a importância de conhecimento voltado aos pacientes, visto que a falta dele pode levar ao manuseio inadequado e aparecimento de complicações.

Uma das funções da educação continuada é buscar o desenvolvimento profissional para assegurar um atendimento de qualidade ao cliente; dessa forma, enfermeiro que atua em PESF deve se manter informado nos mais diversos tipos de procedimentos, inclusive na assistência às pessoas com estomias.

De acordo com a Tabela 3, que se refere aos passos da troca dos equipamentos, foram mais frequentemente relatados pelos enfermeiros a lavagem das mãos (7; 41,17%) antes de iniciar o procedimento e o recorte da bolsa de acordo com o tamanho da estomia (7; 41,17%). Sobre o conhecimento dos equipamentos, 12 (70,59%) conheciam bolsa para coleta de fezes e 10 (58,82%), os protetores de pele em forma de pasta. No que diz respeito ao conhecimento de complicações na estomia e pele periestomia, 12 (70,59%) não as conhecia e das quatro (23,53%) que conheciam, afirmaram ser a dermatite o tipo conhecido. Quanto às causas que poderiam levar à confecção das estomias intestinal e urinária, a mais citada foi o câncer, apontado por 17 (100,00%) dos enfermeiros.

Na região de Londrina, desenvolveu-se um estudo no grupo interdisciplinar de assistência à pessoa estomizada sobre o conhecimento dos profissionais acerca das orientações necessárias. Como resultado, foi observado que as falas dos enfermeiros não eram específicas para esse grupo e, consequentemente não estavam orientando as pessoas com estomias quanto aos procedimentos direcionados para esses pacientes¹⁸, além de outro estudo ter relatado ausência de descrição do equipamento mais adequado¹¹. Esses resultados diferenciam-se da presente pesquisa, a qual mostrou que um dos passos mais importantes era recortar o equipamento de acordo com o tamanho da estomia, assim como a lavagem das mãos. Semelhantes resultados foram apresentados no Segundo

Tabela 3. Conhecimento dos enfermeiros do Programa Estratégia de Saúde da Família sobre aspectos relacionados ao cuidado com estomas em uma cidade da região Sul de Minas Gerais, 2011.

Você poderia citar os passos para troca dos equipamentos?	n (%)
Orientar paciente quanto a troca	4 (23,53)
Lavar as mãos	7 (41,17)
Recortar a bolsa de acordo com o tamanho do estoma	7 (41,17)
Posicionar o paciente confortavelmente	2 (11,76)
Uso de protetores de pele	3 (17,65)
Resposta inconsistente	3 (17,65)
Não responderam	2 (11,76)
Equipamentos para estomias que você conhece*	
Bolsa coletora de uma e/ou duas peças	6 (35,29)
Bolsa fechada	6 (35,29)
Bolsa drenável	9 (52,94)
Bolsa coletora para fezes	12 (70,59)
Bolsa coletora para urina	11 (64,71)
Protetores de pele que você conhece*	
Pasta	10 (58,82)
Pó	2 (11,76)
Spray	6 (35,29)
Nenhum	4 (23,53)
Conhecimento de alguma complicação do estoma e pele periestomia	
Sim	4 (23,53)
Não	12 (70,59)
Não sabe	1 (5,88)
Total	17 (100)
Tipos de complicações que você conhece*	
Dermatite	4 (23,53)
Causas que levam à confecção de estoma intestinal/urinário*	
Câncer	17 (100,00)
Atresia, traumas, diverticulite e malformação genética	8 (47,00)
Perfuração vesical, pólipos, fecaloma, infecção do intestino, perfuração de apêndice com supuração	5 (29,41)
Obstrução intestinal	3 (17,65)
Não soube responder	1 (5,88)

*admite mais de uma resposta.

Congresso Brasileiro de Extensão Universitária¹⁴, relativo ao tema “Compartilhando o cuidado da pessoa com estomia”, mostrando que, dos 42 profissionais de Enfermagem, 45% desconheciam os equipamentos usados, com uma ressalva para esse valor, pois fazia referência à equipe de Enfermagem e não apenas aos enfermeiros. Apesar do estudo não ser recente, sua contribuição científica continua sendo relevante, a respeito de complicações da estomia e pele periestomia, e mostra que a dermatite mantém-se como a complicação mais frequente (43,3%) entre as pessoas com estomias intestinais e urinárias¹⁹.

As complicações ocorrem em função da localização inadequada da estomia e do desconhecimento do enfermeiro sobre as complicações, juntamente aos procedimentos que podem minimizar seus efeitos negativos. Em estudos recentes²⁰, envolvendo 22 enfermeiros assistenciais de um hospital em Salvador (Bahia), 62% deles não souberam atuar diante de complicações. Outra amostra¹² menor de 16 enfermeiros apresentou resultado semelhante, no qual cinco tinham conhecimento adequado, sete mostraram conhecimento insuficiente e três desconheciam o assunto, posto que a dermatite foi citada pelos cinco enfermeiros que possuíam conhecimento adequado. O cuidado com a pele periestomia foi uma das dificuldades encontradas por 13% de uma amostra de 42 profissionais de Enfermagem, pertencentes a 26 cidades da Gerência Regional de Saúde de Alfenas¹⁴. O uso de barreiras protetoras pode aumentar a permanência do equipamento à pele, auxiliar na cicatrização de dermatites e promover conforto²¹.

No Ambulatório de Especialidades do Hospital Infantil Darcy Vargas, os relatos de 23 cuidadores familiares versam sobre as orientações generalizadas de enfermeiros generalistas e médicos cirurgiões, mostrando que 40% desconheciam alguma orientação, bem como informações quanto ao polo de atendimento para oferecimento de equipamentos, além do relato de demora de um ano para aquisição do equipamento, acarretando a utilização de fraldas e de equipamentos com recursos próprios. Além disso, 6 (26%) sujeitos receberam orientações de enfermeiros estomaterapeutas, visto que 2 (8%) mostraram satisfação por estarem seguros para assistir à criança com segurança²². A respeito das causas que levaram à confecção da estomia, a neoplasia maligna foi apontada com 67,1% da totalidade dos casos²³, corroborando com os dados desta pesquisa, os quais apontaram ser o câncer a maior causa para confecção de estomias (Tabela 4).

Referente à Tabela 4, das orientações específicas sobre pessoas estomizadas, 11 (64,71%) enfermeiros as receberam

durante o ensino de graduação, 10 (58,82%) não realizaram o procedimento para troca de equipamentos de estomias em campo de estágio e 7 (41,18%) consideraram boas as orientações recebidas na graduação.

Num estudo, em 2008, sobre a assistência de Enfermagem às pessoas com estomias, revelou-se que, dos 23 enfermeiros estudados, 22 receberam orientações sobre esse assunto na faculdade, 14 relataram que o conteúdo foi insuficiente, tanto no ensino teórico quanto no prático; porém, quanto à aquisição de conhecimentos sobre a assistência a pacientes com estomias, alguns enfermeiros mostraram tendências positivas e levantaram a necessidade de aprofundamento nessa área¹⁰. Já nesta pesquisa, 7 (41,18%) sujeitos qualificaram como boa as orientações recebidas, no entanto mostraram-se insatisfeitos por não terem a oportunidade de desenvolver a teoria no campo de estágio.

Um estudo realizado em 25 PESF, em 2007, com a equipe de Enfermagem, mostrou déficit de conhecimento e limitada experiência para assistir a pessoas estomizadas⁷, havendo a necessidade de uma melhor abordagem durante o ensino na graduação e o incentivo às capacitações²⁴, além do

Tabela 4. Conhecimento adquirido no curso de graduação em Enfermagem quanto a orientações específicas, troca de equipamento durante o estágio curricular e avaliação sobre o conteúdo ministrado, em uma cidade da região do Sul de Minas Gerais, 2011.

Você recebeu orientações específicas sobre assistência de Enfermagem quanto a estomias intestinais e urinários no curso de graduação em Enfermagem?	n (%)
Sim	11 (64,71)
Não	6 (35,29)
Total	17 (100)
Você realizou troca de equipamentos de estomas no campo de estágio?	
Sim	7 (41,18)
Não	10 (58,82)
Total	17 (100)
Como você avaliaria as orientações ministradas em estomias?	
Ótima	1 (5,88)
Boa	7 (41,18)
Regular	3 (17,65)
Insatisfatório	6 (35,29)
Total	17 (100)

conhecimento teórico, essencial para assistir com segurança a pessoa com estomia¹⁶. No Triângulo Mineiro, em unidades do PESF (em 2012), com 16 enfermeiros, observou-se em uma das falas que o enfermeiro não havia realizado o manuseio do equipamento nem no estágio durante a graduação e nem após sua formação¹², mostrando que as orientações recebidas pelos enfermeiros, durante a graduação, não foram satisfatórias, não foram capazes de oferecer segurança quanto às trocas e nem tão pouco quanto às orientações a pacientes e familiares. O tema em questão mostrou-se escasso na literatura nacional conforme levantamento efetuado em artigos publicados entre 1996 a 2006⁹. Atualmente, notou-se que esse tema ainda é pouco explorado, principalmente por enfermeiros estomaterapeutas. Este estudo esteve limitado na fase de discussão, não proporcionando de maneira adequada a discussão de todas as variáveis. Dessa forma, é importante a realização de outras pesquisas para constatação do déficit de conhecimento, a fim de melhorar a assistência de Enfermagem, principalmente em nível de atenção básica.

CONCLUSÃO

Apesar dos 15 (88,24%) enfermeiros responderem de forma afirmativa que possuíam conhecimento para assistir e orientar pessoas com estomias e familiares, além de terem realizado as trocas dos equipamentos, foram observadas insegurança e respostas inadequadas quanto à descrição do procedimento da troca do equipamento, mostrando a necessidade de maiores orientações e informações para estes profissionais. Revelou-se que nesta, e em outras áreas da Enfermagem, existe a necessidade da realização de cursos e treinamentos para promover uma melhor assistência e orientação aos pacientes e seus familiares. Em seguimento à capacitação desses profissionais, a presença de um estomaterapeuta nessa equipe implicaria na busca desses pacientes e na formação de grupo de apoio, oferecendo dessa maneira uma assistência especializada e a possibilidade de reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Barbutti RC, Silva MC, Abreu MA. Ostomia, uma difícil adaptação. *Rev Soc Bras Psicol Hospitalar*. 2008;11(2):27-39.
2. Stumm EM, Oliveira ER, Kirschiner RM. Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Med*. 2008;18(1):2630.
3. Paula PR. Situações que levam a confecção de estomas intestinais. In: Cesaretti IU, Paula MA, Paula PR. *Estomaterapia: temas básicos em estomas*. Taubaté (SP): Cabral e Livraria Universitária; 2006. p. 51-65.
4. Habr-Gama A, Araújo SE. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: Santos VL, Cesaretti IU. *Assistência de enfermagem em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 39-54.
5. Reveles AG, Takahashi T. Educação em saúde ao estomizado. Um estudo bibliométrico. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):245-50.
6. Aguiar ES, Lira EM, Soares MJ, Lacerda NC. Estomas intestinais: formação de profissionais de enfermagem e assistência em unidades de saúde da família. 2008. [citado 15 jan. 2013]. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id193r0.pdf
7. Cunha RR, Backes VM, Heidemann IT. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):296-301.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa da Saúde da Família. [citado 5 fev. 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149
9. Costa CE, Santos RS. *Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de estomias intestinais*. [Monografia]. Batatais (SP): Centro Universitário Claretiano; 2006.
10. Monge RA, Avelar MC. *Assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal: conhecimento e percepção dos enfermeiros*. [Dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos; 2008. [citado 15 jan. 2013]. Disponível em: <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/196/1/Roberta+Araujo+Monge.pdf>
11. Moraes JT, Oliveira RC, Reis LH, Silva MN. Conhecimento do enfermeiro da atenção primária de saúde de um município de Minas Gerais sobre o cuidado em estomias. *Rev Estima*. 2012;10(4):12-21.
12. Poggeto MT, Zuf F, Luiz RB, Costa SP. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia, na atenção básica. *Rev Min Enfermagem*. 2012;16(4):502-8.
13. População Brasileira. *Demografia do Brasil, dados, etnias, taxas de natalidade e mortalidade, crescimento populacional, estimativas*. 2013. [citado jun. 2013]. Disponível em: http://www.suapesquisa.com/geografia/populacao_brasileira.htm
14. Matheus MQ, Leite SM, Dázio EM. Compartilhando o cuidado da pessoa ostomizada. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Belo Horizonte; 2004. [citado 15 jan. 2013]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude57.pdf>

15. Barros EJ, Souza JL, Comes GC. O grupo de apoio como tecnologia educativa: instrumento para o autocuidado do indivíduo estomizado. *Cienc Cuidado Saúde*. 2008;7. [citado 15 jan. 2013]. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/issue/view/369>
16. Gemelli LM, Zago MM. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(1):34-40.
17. Hubert JM, Bonamigo AW. Estratégia de saúde da família: o lugar da atenção básica na assistência ao estomizado. [Monografia]. Santa Rosa (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
18. Domansky RC. Conhecimento dos profissionais acerca das orientações necessárias para adaptação do paciente a sua condição de ostomizado após a alta hospitalar: um estudo preliminar. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33:35-41.
19. Paula RA, Santos VL. Estudo retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestoma em ostomizados da cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33:63-73.
20. Alves RS, Machado RC, Almeida OS, Silva IA. Estomas intestinais: conhecimento dos enfermeiros frente à nova realidade. Anais do Congresso Brasileiro de Estomaterapia; 2011. [citado 15 jan. 2013]. Disponível em: http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_jumi&fileid=14&event=2&Itemid=100
21. Rosseto MA, D'Ávila ES. Complicações do estoma urinário, prevenção com uso de pasta de resina sintética a base de hidrocoloide, um estudo de caso. *Rev Estima*. 2006;4(1):12-4.
22. Seccani LM, Ribeiro PA, Gravalos S, Paula MA, Vasconcellos AC. Estomas intestinais em crianças: dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares no processo de cuidar. *Rev Estima*. 2007;5(3):16-21.
23. Santos CH, Bezerra MM, Bezerra FM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Rev Bras Coloproct*. 2007;27(1):16-9.
24. Alves RI, Monteiro MJ. A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal: contributo para a gestão de cuidados de saúde. [Dissertação]. Bragança (Portugal): Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD); 2010. [citado 15 jan. 2013]. Disponível em: <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/740>

O cuidado de enfermagem em Estomaterapia e o uso das tecnologias

Nursing care in Stomatherapy and the use of technologies

El cuidado de enfermería en Estomaterapia y el uso de las tecnologías

Shino Shoji¹, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza², Vanessa Cristina Maurício³, Carolina Cabral Pereira da Costa⁴, Fabiano Teixeira Alves⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo é discutir a aplicabilidade das tecnologias do cuidado em saúde e enfermagem no contexto da assistência em Estomaterapia. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, de janeiro a março de 2015, que selecionou dez publicações, das quais três abordam as tecnologias na assistência em estomaterapia e as demais (sete) aludem às tecnologias do cuidado em saúde e enfermagem de forma ampla, não se evidenciando um foco de aplicação. Essas publicações definem conceitos e explicitam os tipos de tecnologias mais utilizados. Assim, a discussão em torno das tecnologias de cuidado se faz relevante, pois a assistência em Estomaterapia está estreitamente vinculada à adequada utilização dessas tecnologias. Considera-se que o sucesso do cuidado em Estomaterapia advém da aplicação harmônica das formas de tecnologias do cuidado, as quais se mostram essenciais para a plena recuperação da clientela.

DESCRITORES: Cuidados de enfermagem. Tecnologia biomédica. Estomaterapia.

ABSTRACT

This study aimed at discussing the applicability of health care and nursing technologies in the context of care in Stomatherapy. This is an integrative review, carried out in the Virtual Health Library, in the period from January to March 2015, that selected ten publications. It was found that three articles brought information on Stomatherapy care technologies and the others (seven) made allusion to technologies in health care and nursing, without noticing a focus of use. These publications define concepts and explain the types of the most commonly used technologies. Thus, the discussion about the technologies of care is relevant, because the assistance in Stomatherapy is closely associated with the proper use of these technologies. It is considered that the success of care in Stomatherapy comes from the harmonious joint application of all forms of care technologies available, which are essential for the full recovery of the clientele.

DESCRIPTORS: Nursing care. Biomedical technology. Stomatherapy.

¹Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) do Ministério da Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵DOMINUS CARE serviços em saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Shino Shoji – Boulevard 28 de setembro, 157 – Vila Isabel – CEP: 20551-030 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil –

E-mail: shinoshoji@gmail.com

Artigo recebido em: 18/01/2015. Aceito para publicação em: 19/07/2016.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo discutir la aplicabilidad de las tecnologías de asistencia sanitaria y enfermería en el contexto de Estomaterapia. Revisión integradora, celebrada en la Biblioteca Virtual en Salud, en el período de enero a marzo de 2015, que seleccionó diez publicaciones. Se encontró que tres artículos trajeron información sobre las tecnologías en asistencia en Estomaterapia y los otros (siete) hicieron alusión a las tecnologías en asistencia en salud y enfermería de forma amplia, sin subrayar un foco de aplicación. Esas publicaciones definen conceptos y explican los tipos de tecnologías más comúnmente utilizadas. Resulta que la discusión alrededor de las tecnologías de cuidado es relevante, porque la asistencia en Estomaterapia está estrechamente relacionada con el uso adecuado de las tecnologías. Se considera que el éxito de la atención en Estomaterapia proviene de la armonía y la aplicación conjunta de todas las formas de tecnologías disponibles, ya que son esenciales para la recuperación completa de la clientela.

DESCRIPTORES: Atención de enfermería. Tecnología biomédica. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Este estudo trata das tecnologias do cuidado em saúde e Enfermagem aplicadas à assistência em Estomaterapia.

A Estomaterapia, especialidade exclusiva do enfermeiro, foca o cuidado a pessoas estomizadas, com lesões de pele e com incontinência anal e/ou urinária. Logo, a especialidade constrói e utiliza um conhecimento extenso e, conseqüentemente, presta cuidados abrangentes, o que exige um profissional qualificado, adequadamente habilitado e competente¹.

O uso da tecnologia permeia a história da humanidade, pois acompanha as civilizações desde o momento em que passa a desenvolver técnicas para facilitar suas atividades de vida diária. Desse modo, o arsenal tecnológico representa um conjunto de atividades associadas a símbolos, instrumentos e máquinas, visando à construção de obras e fabricação de produtos, segundo teorias, métodos e processos².

Assim como o conceito de cuidado, existem várias acepções para definir tecnologia. Pela etimologia, “tecnó” vem do grego *techné*, referindo-se ao saber fazer, e “logia” advém do sufixo, também grego, *logos*, significando razão. Desse modo, entende-se que tecnologia se refere à razão do saber fazer. Sua definição também remonta a um conjunto de ações, entre as quais se incluem métodos, procedimentos, técnicas, equipamentos e outros instrumentos, aplicados com conhecimento científico, envolvendo diversos saberes e habilidades³.

A tecnologia é um processo que abarca diversificadas dimensões, do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, uma nova maneira de fazer algo. Desse modo, articulam-se saberes e habilidades que necessariamente não precisam resultar em um equipamento ou um aparelho tecnológico⁴.

Nessa perspectiva, compreende-se que a tecnologia não representa apenas produtos palpáveis, mas também pode se apresentar como um trabalho que envolve ações concretas e abstratas, ações essas que buscam alguma finalidade, entre as quais se destaca, para nossos objetivos, o cuidado em saúde e em Enfermagem. Aqui, entende-se que a Enfermagem representa esferas objetivas e subjetivas, englobando desde o desenvolvimento de técnicas e procedimentos até a sensibilidade, a criatividade e a empatia^{3,4}.

Salienta-se, então, que tecnologia em saúde e em Enfermagem também se caracteriza em conhecimentos e instrumentos imateriais que, interligados, fundamentam e delimitam as diversas maneiras de cuidar. Nesse sentido, a tecnologia pode se apresentar como uma medição da racionalidade e da subjetividade humana, fortalecendo e qualificando o cuidado⁵. Assim, o uso da tecnologia tem como finalidade principal tornar cada vez mais eficiente a atividade humana que, direta e/ou indiretamente, está a serviço do cuidado^{6,7}.

Na Enfermagem, a tecnologia gera impacto significativo no processo de trabalho, sendo designada como a aplicação dos conhecimentos científicos de modo sistemático no auxílio para melhor atender ao ser humano. É importante destacar ainda que o uso da tecnologia não deve ser entendido como paradigma de cuidado contrário ao indivíduo, e sim como fator de humanização, até mesmo nos ambientes mais tecnologicamente intensos de cuidados^{6,8}.

Essas tecnologias aplicadas no trabalho em saúde classificam-se em:

- leves – as relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos laborais;
- leve-duras – saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia;

- duras – material concreto, como máquinas, normas e estruturas organizacionais^{5,7,8}.

O cuidado de Enfermagem e as tecnologias estão integrados, uma vez que tal profissão está comprometida com princípios, leis e teorias, e essas tecnologias consistem na expressão do conhecimento científico e em sua própria transformação. Os conhecimentos de Enfermagem elaborados e/ou aprimorados são classificados e estruturados segundo seu grau de abstração. A estrutura do conhecimento pode ser definida em metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos⁹.

Por meio dessas definições, verifica-se que, em especial, o cuidado em Estomaterapia utiliza todos os tipos de tecnologias. Por exemplo, em relação às tecnologias duras, citam-se as coberturas para lesões de pele, os equipamentos coletores e adjuvantes para o cuidado com estomas e com a pele periestoma. Em relação às tecnologias leve-duras, pode-se mencionar a maneira pela qual o enfermeiro utiliza e transmite o conhecimento necessário acerca do uso desses equipamentos, coberturas e dos exercícios para viabilizar a melhora da pessoa com incontinência. Já o cuidado humanizado, que perpassa por um bom relacionamento interpessoal entre profissional e usuário, pode ser um exemplo de tecnologia leve.

Essas três categorias de tecnologia estão inter-relacionadas e fazem parte do processo de cuidar/cuidado, exigindo que, nos serviços de saúde, essas diversas tecnologias sejam constantemente avaliadas e utilizadas para satisfazer às necessidades dos usuários¹⁰. No entanto, o uso das tecnologias, apesar dos benefícios, vem gerando indagações no que concerne aos possíveis impactos, aos riscos e às relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Essas indagações e inquietações apontam para a necessidade de se refletir e promover discussões que possam utilizar as tecnologias com eficiência e eficácia em prol de um cuidado de excelência.

A partir dessa contextualização, seleciona-se a seguinte questão de pesquisa: o que há publicado sobre o uso das tecnologias em saúde e Enfermagem aplicadas à assistência em Estomaterapia? Com isso, objetiva-se discutir a aplicabilidade das tecnologias do cuidado em saúde e Enfermagem no contexto da assistência em Estomaterapia.

Este estudo é relevante para a Enfermagem em Estomaterapia, pois contribui para a capacitação dos enfermeiros especialistas, uma vez que, devido ao número crescente de pessoas estomizadas, com lesões de pele de múltiplas naturezas e também devido ao elevado índice de pessoas com algum tipo e grau de incontinência, faz-se necessária a

formação de profissionais instrumentalizados para utilizar as tecnologias a favor do bem-estar dessas pessoas¹¹. Sendo assim, cada vez mais essa especialidade da Enfermagem utilizará tecnologias diversas para cuidar com competência, além de viabilizar um processo de reflexão sobre seu cotidiano profissional, passando a fundamentar sua atividade laboral.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo e do tipo revisão integrativa da literatura (RIL). Esse tipo de estudo contempla a síntese do conhecimento e permite uma compreensão completa do fenômeno analisado, viabilizando, assim, a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências, a análise de problemas metodológicos, o desenvolvimento de políticas, a construção de protocolos e procedimentos. Ademais, a RIL oferece subsídios para o desenvolvimento do pensamento crítico, a fim de contribuir com o funcionamento da prática diária na assistência direta ao paciente¹².

A RIL divide-se em seis fases, a saber:

1. formulação da pergunta norteadora, considerada a principal fase desse método, pois, a partir dela, definem-se pontos fundamentais do trabalho, como a determinação dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados;
2. busca ou amostragem na literatura, que deve ocorrer sequencialmente à formulação da questão norteadora, consistindo na organização do método da busca dos dados;
3. coleta de dados, que acontece após a seleção do material a ser utilizado, seguida de análise dos dados, que deverão ser organizados por meio de um instrumento previamente elaborado;
4. análise crítica dos estudos incluídos, quando se extraem conteúdos dos materiais previamente separados e realiza-se uma análise crítica do que foi descrito;
5. discussão dos resultados, fase na qual o material encontrado e anteriormente discutido é comparado, e, por fim;
6. apresentação da revisão integrativa¹².

Foram avaliadas as produções científicas indexadas nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

O procedimento de coleta das publicações foi realizado entre janeiro e março de 2015. As publicações foram captadas a partir dos unitermos: Estomaterapia e tecnologias do cuidado. Utilizando-se esses unitermos, não se obteve sucesso na captação de produção científica sobre o objeto.

Desse modo, optou-se por realizar uma pesquisa apenas com as palavras-chave estomaterapia e cuidados de Enfermagem; e, posteriormente, com as palavras-chave tecnologias do cuidado e enfermagem. Nesse procedimento, não se restringiu idioma e nem se delimitou recorte temporal. Foram considerados para o estudo apenas artigos científicos disponibilizados na íntegra e de domínio público em versão *on-line*.

Após o mapeamento dos dados, foram selecionados dez artigos, que estavam em conformidade com a questão de pesquisa e seus objetivos e que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa.

O registro da análise inicial dos artigos foi realizado em instrumento contendo os seguintes aspectos: base de dados, ano de publicação, título, objetivo do estudo, desenho metodológico e principais resultados. Após seleção e organização dos artigos, empregou-se a análise temática, que possibilita interpretar e agrupar os dados semelhantes. Desse agrupamento, emergiu a seguinte categoria: o uso das tecnologias do cuidado e a assistência em Estomaterapia, que é apresentada posteriormente.

RESULTADOS

As principais características das publicações captadas são apresentadas no Quadro 1, no qual se explicita a base de dados de onde foram coletados os artigos, os descritores utilizados, o ano de publicação, os periódicos nos quais os

Quadro 1. Características dos artigos integrados na análise bibliográfica.

Base de dados	Descritores	Ano de publicação	Fonte	Título	Objeto do estudo	Tipo de estudo
BVS/ LILACS	Cuidados de Enfermagem; estomia; idoso; classificação internacional de funcionalidade; incapacidade e saúde	2014	Revista Brasileira de Enfermagem	Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas no cuidado de Enfermagem complexo ao idoso estomizado ¹³	Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas e cuidados de Enfermagem em Estomaterapia	Descritivo e qualitativo
BVS/ LILACS	Úlcera varicosa; cuidados de Enfermagem; pesquisa qualitativa	2009	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem em Estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa ¹⁴	Cuidados de Enfermagem a clientes com úlcera venosa	Revisão bibliográfica; qualitativa
BVS/ LILACS	Tecnologia biomédica; unidades de terapia intensiva; Enfermagem; Enfermagem fundamental	2014	Revista Brasileira de Enfermagem	Tecnologia no cuidado de Enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem fundamental ⁸	Tecnologias no âmbito da saúde e Enfermagem	Campo; descritiva; qualitativa; etnográfica
BVS/ LILACS	Conhecimento; tecnologia; Enfermagem	2008	Revista Brasileira de Enfermagem	Cuidado e tecnologia: aproximação através do modelo de cuidado ⁴	Reflexão do cuidado na perspectiva da tecnologia	Reflexão

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Base de dados	Descritores	Ano de publicação	Fonte	Título	Objeto do estudo	Tipo de estudo
BVS/ LILACS	Cuidados de Enfermagem; organização e administração; serviços de Enfermagem; administração de serviços de saúde	2005	Revista Brasileira de Enfermagem	Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro ¹⁵	Tecnologias leves no processo gerencial dos enfermeiros	Estudo de caso; qualitativa
BVS/ LILACS	Enfermagem hospitalar; cuidado de Enfermagem; tecnologia; humanização	2008	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de Enfermagem hospitalar ¹⁶	A incorporação de tecnologias leves no contexto hospitalar, na ótica de enfermeiras, e sua relação com o cuidado de Enfermagem	Descritiva-exploratória; qualitativa
BVS/ LILACS	Tecnologia da informação; saúde; Enfermagem; cuidados de Enfermagem; serviços de Enfermagem	2010	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Cuidado humano e tecnologia na Enfermagem contemporânea e complexa ¹⁷	Cuidado humano, tecnologias da informação e o pensamento complexo no cenário contemporâneo da Enfermagem	Reflexão
BVS/ BDENF	Desenvolvimento tecnológico; cuidados de Enfermagem; atenção primária à saúde; cicatrização	2013	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria	Assistência de Enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária ¹⁸	Tecnologias do cuidado em Enfermagem e portadores de ferida	Exploratória/qualitativa
BVS/ BDENF	Enfermagem; tecnologia; conhecimento	2012	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria	Tecnologias inovadoras do cuidado em Enfermagem ³	Tecnologia no campo do saber em Enfermagem	Reflexão
BVS/ LILACS	Ética; tecnologia; conhecimento; saúde; Enfermagem	2006	Revista Texto e Contexto Enfermagem	Tecnologias de cuidado em saúde e Enfermagem e suas perspectivas filosóficas ¹⁹	Tecnologia de cuidado em saúde e Enfermagem	Reflexão

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; BDEF: Base de Dados de Enfermagem.

artigos foram divulgados, o título da obra, o objeto de estudo e o tipo de metodologia adotada.

A temática prevalente nos artigos utilizados são as tecnologias do cuidado em Enfermagem (90%), e apenas um (10%) trata especificamente dos cuidados de Enfermagem em Estomaterapia. Ademais, dois dos artigos que abordam as tecnologias do cuidado em Enfermagem também relacionam o tema com a assistência em Estomaterapia.

Todos os artigos estão disponibilizados na íntegra, nas bases de dados eletrônicas pesquisadas: oito (80%) na BVS/LILACS e dois (20%) na BVS/BDENF. Os oito artigos encontrados na BVS/LILACS estão publicados nas seguintes fontes: cinco (50%) na Revista Brasileira de Enfermagem; dois (20%) na Revista Texto e Contexto Enfermagem; e dois (10%) na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.

Dos 24 descritores e palavras-chave utilizados nos artigos, a maioria são: cuidados de Enfermagem (25,0%); Enfermagem (20,8%) e tecnologia (16,7%). As publicações datam de 2005 a 2014, e todas estão vinculadas à área de saúde e Enfermagem. Em relação ao tipo de estudo, 40% são artigos de reflexão e 60%, pesquisa qualitativa.

Os artigos captados abordam as tecnologias leves, leve-duras e duras que devem ser utilizadas pelos enfermeiros estomaterapeutas no atendimento à clientela assistida^{3,8,15-17,20-22}. Algumas publicações reforçam que a abordagem não deve compreender apenas ações voltadas para recuperação fisiológica dos clientes, nem apenas para o uso das tecnologias duras, mas incluir outras dimensões da vida humana, como o lazer, o trabalho, a vida sexual, entre outras^{14,18,19}. Os autores salientam que os aspectos psicossociais das pessoas necessitadas dos cuidados de Enfermagem em Estomaterapia devem ser amplamente abordados, correlacionando-se as três categorias de tecnologia a fim de se oferecer um atendimento holístico e integral aos indivíduos^{4,13}.

DISCUSSÃO

As tecnologias do cuidado e a assistência em Estomaterapia

As tecnologias do cuidado estão disponíveis para auxiliar os profissionais de saúde e enfermeiros no atendimento integral à clientela assistida; apropriar-se dessas tecnologias e desenvolver novas oportunidades para a Enfermagem implementar e aperfeiçoar o cuidado, mediante o compromisso da qualidade^{17,23}.

Os estomaterapeutas procuram continuamente ferramentas que possam auxiliá-los em suas ações cotidianas e no cuidar que a Enfermagem deve oferecer. O uso das tecnologias objetiva melhorar a qualidade da assistência prestada à clientela, aliando a teoria à prática. O enfermeiro estomaterapeuta atua no planejamento, na execução e na avaliação da assistência de Enfermagem, utilizando uma metodologia assistencial que abrange prevenção, diagnóstico e tratamento da clientela. Para isso, esse profissional emprega as diversas categorias de tecnologias do cuidado disponíveis¹⁴.

O enfermeiro estomaterapeuta conta com inúmeras tecnologias duras disponíveis no mercado, as quais devem ser utilizadas a partir da avaliação do profissional frente à situação de cada cliente. No entanto, há de se ter uma análise crítica sobre elas, pois a indicação e a aplicação dessas tecnologias devem levar em consideração não apenas as características das lesões e do produto disponibilizado, mas também as condições da manutenção do tratamento, tendo em vista que algumas delas não são distribuídas gratuitamente e seus custos apresentam-se elevados^{18,24}.

Aprofundando essa discussão, é necessário se atentar para os avanços tecnológicos e para o crescimento da biotecnologia e da engenharia genética nos serviços de saúde, buscando o respeito aos preceitos éticos e técnicos das práticas clínicas^{2,19}: “o estomaterapeuta deve assumir e liderar o cuidar holístico e interdisciplinar com qualidade diferenciada e custo-utilidade comprovada, tendo como fundamentos os conhecimentos prático, estético, étnico, empírico e sociopolítico, constantemente atualizados e baseados em evidências/resultados, e voltado para uma clientela diversa em suas necessidades, porém única na sua humanidade”²⁵.

A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto, como equipamentos tecnológicos (*hardware*), mobiliário permanente ou de consumo, normas, rotinas e estruturas organizacionais²⁶. Esse tipo de tecnologia do cuidado representa as inovações na área de Estomaterapia, dentre as quais pode-se citar as inúmeras coberturas produzidas por diversas empresas e utilizadas tanto em feridas nos variados estágios de cicatrização e nas complicações desse processo cicatricial quanto nos equipamentos coletores e adjuvantes dispensados aos clientes estomizados, destacando-se o sistema de irrigação e oclusor, o qual facilita seu processo de reabilitação. Essas tecnologias estão presentes também no tratamento

da incontinência urinária, tanto em sua forma cirúrgica quanto por meio de exercício.

Se, por um lado, o desenvolvimento tecnológico constante amplia o campo de atuação do profissional e alarga as possibilidades de bem-estar da clientela, por outro, pode repercutir negativamente na prática diária, caso o enfermeiro não o domine plenamente, não leve em consideração o custo-benefício ou encare a tecnologia dura como única alternativa de tratamento ou o fito de seu cuidado, desumanizando-o^{8,18,26}.

A partir desta análise, compreende-se que as tecnologias vão além das inovações técnicas relacionadas a produtos e maquinários; elas também abrangem as relações humanas e o processo de cuidado, que vai desde a elaboração e o planejamento prévio do plano de cuidados de Enfermagem até sua aplicação e finalização. Além disso, gerenciamento, coordenação e elaboração de pesquisas também são considerados tecnologias do cuidado.

Corroborando esse entendimento, alguns autores³⁻⁸ afirmam que a totalidade das tecnologias abrange não somente os produtos artificiais fabricados pela humanidade, mas também os processos de produção, envolvendo máquinas e recursos necessários em um sistema sociotécnico de fabricação. Ademais, engloba igualmente as metodologias, as competências, as capacidades e os conhecimentos necessários para realizar tarefas produtivas, adicionados ao próprio uso dos produtos colocados dentro do contexto sociocultural.

Para os mesmos autores³⁻⁸, o desenvolvimento de novas tecnologias, sejam produtos, artefatos ou sistemas de informação e comunicação, constitui um dos fatores-chave para compreender e explicar todas as transformações que se processam em nossa sociedade. Dessa maneira, podemos dizer que a tecnologia está intrinsecamente associada aos valores humanos.

As tecnologias leves, consideradas como do campo das relações humanas, são de extrema importância para o sucesso terapêutico no contexto da Estomaterapia, pois o vínculo e o acolhimento realizados pelo profissional com a clientela determinarão os laços de confiança entre eles, facilitando a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o ser humano, para conseguir adaptar-se a sua condição de saúde-doença, necessita das tecnologias de relações denominadas “leves”: produção de comunicação, acolhimento, vínculos, empatia, criatividade, autonomização^{16,27}. O grande compromisso e desafio de quem gerencia o

cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, por meio dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar (trabalhadores e usuários) como potentes para intervirem na concretização do cuidado^{13,15}.

A interação enfermeiro-cliente é essencial para o favorecimento da ação terapêutica, principalmente em Estomaterapia, pois os indivíduos podem necessitar de cuidados por um tempo prolongado^{15,28}. É essencial, então, que o estomaterapeuta faça com que o cliente participe efetivamente desse cuidado e esteja apto a realizá-lo de forma contínua e independente; para tanto, o estomaterapeuta se vale de sua empatia, criatividade e acolhimento para ajudar essa pessoa a ser partícipe do processo de cuidar/cuidado, utilizando com maior predominância as tecnologias leves produzidas pela profissão e áreas afins^{16,24}.

O acolhimento ocorre por um conjunto de ações construídas na relação com o outro, além do fornecimento de um ambiente agradável, que traga conforto e bem-estar ao cliente¹⁵. O enfermeiro estomaterapeuta deve minimizar a frieza de locais estigmatizados, como os hospitais e os consultórios, e propiciar um local facilitador para as relações humanas. Nesse sentido, a aplicação correta, atualizada e habilidosa das tecnologias será uma importante ferramenta para facilitar a adesão ao tratamento e conferir bem-estar a essa clientela.

Ainda no campo das tecnologias leves do cuidado, é muito importante o ensino ao autocuidado aos clientes, o qual se inicia com a avaliação do estomaterapeuta sobre a capacidade dos indivíduos exercerem determinadas ações. Eles são avaliados de acordo com sua capacidade intelectual, física, motora, cognitiva e emocional. Caso os clientes possuam algum *déficit* para adesão às atividades de autocuidado, o profissional busca, juntamente com o cliente, alternativas para suplantar tal circunstância, além de contar com a colaboração de cuidadores e familiares²⁹.

O essencial é que esses sujeitos saibam proteger o estoma e cuidar adequadamente de suas lesões e de seus estomas; os pacientes devem ainda aprender a detectar possíveis complicações. As tecnologias leves mostram-se fundamentais nesse tipo de cuidado, pois a profissão valoriza as relações humanas e o conhecimento técnico-científico para uma assistência de qualidade.

As tecnologias leve-duras referem-se aos saberes profissionais que, se bem estruturados, auxiliam na organização do processo de trabalho^{18,30}. Logo, representam a forma como o profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado, ou seja, essas tecnologias compreendem a busca de capacitação e informações sobre como conduzir determinada tarefa.

É essencial destacar que o modelo assistencial para a saúde é historicamente centrado nas tecnologias duras e leve-duras, tendo em vista os interesses corporativos na área gerados por grandes grupos econômicos. Logo, o cuidado à saúde tornou-se organizado num fluxo que incentiva a consulta médica, em que “o saber médico estrutura o trabalho de todos os outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras”³⁰.

A realização do cuidado é centrada em um núcleo tecnológico composto de “trabalho morto”, que engloba os instrumentos, e “trabalho vivo”, que indica o trabalho em ato, representado pelo campo das tecnologias leves³⁰. Evidentemente, a correlação entre eles é necessária para o cuidado em saúde, visto que os avanços tecnológicos são criados para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Porém, não se pode deixar que esses avanços tecnológicos se destinem apenas aos lucros para as grandes empresas, devem objetivar a melhoria do processo de cuidado.

O modelo assistencial que se advoga deve ofertar todos os recursos tecnológicos disponíveis aos usuários; porém, o processo de trabalho deve manter em seu núcleo o trabalho vivo, representado pelas tecnologias leves, pelo campo das relações interpessoais e subjetivas, assegurando, assim, um vínculo direto entre profissional e usuário, vínculo esse que sustente tanto o princípio da integralidade assistencial quanto a operação das linhas de cuidado. Para tudo isso, são necessários profissionais cada vez mais qualificados³⁰.

Logo, a discussão em torno das tecnologias de cuidado faz-se relevante, pois a assistência em Estomaterapia está estreitamente vinculada à adequada utilização dessas tecnologias. Nesse sentido, outra questão importante é que os cursos de especialização em Enfermagem em Estomaterapia devem abordar em seus currículos tanto questões referentes às tecnologias duras, leve-duras e leves, quanto à sua utilização, tais como: classificação, tipos e maneiras e momentos corretos de utilização, a fim de possibilitar uma

visão mais alargada e mais consciente sobre a atuação profissional especializada.

CONCLUSÃO

O cuidado em Estomaterapia está intimamente relacionado ao uso de três categorias das tecnologias do cuidado em saúde. Nesse sentido, o enfermeiro estomaterapeuta, por atender uma clientela que demanda o apoio não só físico, mas também psicossocial, utiliza inúmeras alternativas de cuidados para prestar assistência adequada a esses indivíduos.

É fundamental, então, que o estomaterapeuta identifique a importância da utilização de todas as categorias de tecnologias do cuidado em saúde a serem empregadas em sua área de atuação e saiba utilizá-las de maneira adequada. Por conseguinte, ele deve estar atento para que as inovações tecnológicas duras e leve-duras não superem, nem sejam mais valorizadas, do que as relações humanas éticas, situadas no campo das tecnologias leves. Logo, o estomaterapeuta não deve atuar como mero utilizador de coberturas e produtos destinados à clientela, mas como profissional especializado, humanizado, conhecedor dos aspectos biopsicossociais afetados nos indivíduos que serão por ele cuidados.

Portanto, o sucesso do cuidado em estomaterapia advém da harmonia e da aplicação conjunta de todas as formas de tecnologias do cuidado disponíveis, pois essas se mostram essenciais para a plena recuperação da clientela.

A escassez de artigos que correlacionem a assistência em Estomaterapia às tecnologias do cuidado evidencia a lacuna na publicação de estudos sobre a temática. Reforça-se que o uso das tecnologias está intimamente relacionado ao cotidiano da equipe de Enfermagem e, conseqüentemente, dos estomaterapeutas, que utilizam as diversas categorias tecnológicas em seus ambientes de trabalho e cuidados prestados à clientela assistida.

Entende-se que este estudo pode contribuir para a divulgação da temática, ampliando o quantitativo de publicações na área e auxiliando os enfermeiros estomaterapeutas a identificarem e utilizarem corretamente as tecnologias envolvidas nos cuidados à clientela. Sugere-se que novos estudos sejam realizados para divulgação e fortalecimento da temática e da especialidade de Estomaterapia.

REFERÊNCIAS

- Costa CPM, Squarcina DF, Paula MA. O especialista em Estomaterapia. In: Estomaterapia em foco e o cuidado especializado. São Caetano do Sul: Yendis; 2014. p. 1-12.
- Muraro RM. Os avanços tecnológicos e o futuro da humanidade: querendo ser Deus? Petrópolis: Vozes; 2009.
- Nietsche EA, Lima MG, Rodrigues MG, Teixeira JA, Oliveira BN, Motta CA, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2012;2(1):182-9.
- Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. Rev Bras Enferm. 2008;61(1):113-6.
- Liedke DC. Uso da bota de Unna como tecnologia no cuidado de enfermagem em úlcera venosa [dissertação de mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2014.
- Martins CR, Dal Sasso GT. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(1):11-2.
- Thofehrn MB, Montesinos MJ, Arrieira IC, Ávila VC, Vasques TC, Farias ID. Processo de trabalho dos enfermeiros em um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. Cogitare Enferm. 2014;19(1):141-6.
- Silva RC, Ferreira MA. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. Rev Bras Enferm. 2014;67(1):111-8.
- Fawcett J. Knowledge contemporary nursing: analysis and evolution of nursing models and theories. Philadelphia: F.A. Davos Company; 2005.
- Schwonke CR, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Santos SS, Barlem EL. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):189-92.
- Paula MA, Santos VL. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. Rev Latino-Am Enferm. 2003;11(4):474-82.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1 Pt 1):102-6.
- Dantas DV, Torres GV, Dantas RA. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. Ciênc Cuid Saúde. 2011;10(2):366-72.
- Busanello J, Silva FM, Sehnem GD, Poll MA, Deus LM, Bohlke TS. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. Rev Enferm UFSM. 2013;3(1):175-84.
- Maurício VC. A pessoa estomizada e o processo de inclusão no trabalho: contribuição para enfermagem [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
- Silva L, Lopes MH. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):72-8.
- Ratliff CR, Haugen V. Selecting a tool for assessing health-related quality of life in ostomates. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(5):462-7.
- Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GT. Cuidado humano e a tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto Contexto Enferm. 2010;19(2):378-85.
- Silva RC, Ferreira MA. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(1):169-73.
- Silva FA, Freitas CHA, Jorge MS, Moreira TM, Alcântara MC. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlceras venosas. Rev Bras Enferm. 2009;62(6):889-93.
- Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferuno MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto Contexto Enferm. 2006;15(Esp):178-85.
- Santos VL. Cuidados avançados em estomaterapia: vislumbrando o terceiro milênio. Rev Esc Enf USP. 1999;33(Esp):1-3.
- Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1999. 278p.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. Práxis em salud um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 2-78.
- Silva DC, Alvim NA, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(2):291-8.
- Rossi FR, Lima MA. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):305-10.
- Barros EJ, Santos SS, Gomes GC, Erdmann AL, Pelzer MT, Gautério DP. Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas no cuidado de enfermagem complexo ao idoso estomizado. Rev Bras Enferm. 2014;67(1):91-6.
- Silva DF, Santos FH. O desafio do autocuidado para pacientes oncológicos estomizados. Rev Estima. 2014;12(2):28-34.
- Maurício VC, Souza NV. Care planning for the client bearing infection at surgery site: getting ready for self-care. R Pesq Cuid Fundam Online. 2011;3(1):1562-71.
- Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde Debate. 2003;27(65).

Uso do equipamento para controle da incontinência anal no paciente com dermatite: relato de caso

Use of the device for control of anal incontinence in patients with dermatitis: case report

Uso del equipamiento de controle de la incontinencia anal en paciente con dermatitis: relato de caso

Ana Patrícia de Cerqueira Greco¹, Andressa de França Guimarães¹, Taíse Santos do Nascimento¹

RESUMO

A dermatite associada à incontinência (DAI) é definida como lesões de pele ocasionadas por umidade, sendo frequentes em pacientes com incontinência anal (IA) e/ou urinária, nos quais ocorre contato direto da pele com a umidade. O tratamento e o manejo, por vezes, são obstáculos para o enfermeiro. O objetivo deste artigo foi descrever a utilização do equipamento de controle de IA e demonstrar sua eficácia no manejo de pacientes com DAI. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, retrospectivo, do tipo estudo de caso. O paciente selecionado esteve internado na unidade de terapia semi-intensiva de um hospital privado, em Salvador (BA). O artigo relata a evolução e o tratamento da DAI, desde a indicação do uso do equipamento até sua retirada. A coleta e a análise dos dados foram realizadas com base nos registros sobre a utilização do equipamento em prontuário eletrônico, exame físico do paciente e evoluções de enfermagem. A pesquisa obedeceu aos princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (nº 15/2014). A utilização do equipamento foi efetiva para o tratamento da DAI, evitando a progressão da lesão, diminuindo a dor e proporcionando conforto ao paciente, mostrando-se, portanto, eficaz pela resolutividade. Percebe-se a necessidade de maior conhecimento da equipe multiprofissional quanto ao equipamento e de maior número de pesquisas científicas com essa temática.

DESCRITORES: Dermatite. Enfermagem. Equipamentos e provisões. Estomaterapia.

ABSTRACT

Dermatitis associated with incontinence (DAI) is defined as skin lesions caused by humidity, frequent in patients with fecal and/or urinary incontinence, in which there is direct skin contact with moisture. The treatment and management of these patients are sometimes obstacles for nurses. This work aimed to describe the use of fecal incontinence control devices and demonstrate their efficacy in patients with DAI. This is a qualitative research, descriptive, retrospective case study. The selected patient was admitted in the semi-intensive care unit of a private hospital in Salvador, Bahia. The study reports on the evolution and treatment of DAI, from the indication of the use of the device to its removal. Data collection and analysis were based on records of the use of the electronic medical device, clinical evaluation and physical examination of the patient and nursing progress. The research followed the principles of Resolution nº 466/12 of the National Health Council (CNS), after approval by the Research Ethics Committee (nº 15/2014). The use of the device was effective in the treatment of DAI injury, preventing its progression, reducing pain and providing comfort to the patient, being therefore effective for solving this issue. We see the need for greater knowledge of the multidisciplinary team about this device and more scientific research on this subject.

DESCRIPTORS: Dermatitis. Nursing. Equipment and supplies. Enterostomal Therapy.

¹Hospital São Rafael (HSR) – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida São Rafael, 2.152 – São Marcos – CEP: 41253-190 – Salvador (BA), Brasil. E-mail: patricia.greco@hsr.com.br
Artigo recebido em: 01/02/2017 – Aceito para publicação em: 23/02/2017.

RESUMEN

Dermatitis asociada con la incontinencia (DAI), se define como lesiones en la piel causadas por la humedad, frecuente en pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal, en la que haya un contacto directo de la piel con la humedad. El tratamiento y manejo de estos pacientes a veces son obstáculos para el enfermero(a), el objetivo de este artículo, fue describir la utilización del equipo de control de IA y demostrar su eficacia en el manejo de pacientes con DAI. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo, del tipo de estudio de caso. El paciente seleccionado estuvo hospitalizado en la unidad de terapia semi-intensiva de un hospital privado, en Salvador de Bahía. El artículo relata la evolución y el tratamiento de la DAI desde la indicación del uso del equipo hasta su retiro, la recolección y análisis de los datos fueron realizados con base en los registros sobre la utilización del equipo en fichas electrónicas, examen físico del paciente y evoluciones de enfermería. La investigación obedeció a los principios de resolución N. 466 /12, del consejo nacional de salud (CNS), después de la aprobación en el comité de ética en investigación (N. 15/ 2014). La utilización del equipo fue efectiva para el tratamiento de la DAI, evitando la progresión de la lesión, disminuyendo el dolor y proporcionando confort al paciente, mostrándose eficaz por la resolución. Se percibe la necesidad de tener mayor conocimiento por parte del equipo multi-profesional con relación al equipo y de realizar mayor número de investigaciones científicas con esa temática.

DESCRIPTORES: Dermatitis. Enfermería. Equipos y suministros. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de lesões de pele associadas à presença de umidade é comum na prática da enfermagem, sendo muitas vezes confundidas pela equipe com lesões por pressão¹. A diferenciação pelo enfermeiro é fundamental, pois as medidas preventivas e os cuidados são diferenciados².

A dermatite associada à incontinência (DAI) é definida como lesões de pele ocasionadas por umidade frequente em pacientes com incontinência anal (IA) e/ou urinária. O contato prolongado com urina e fezes aumenta a incidência desse tipo de lesão, que se caracteriza por inflamação da pele com aspecto inicial de hiperemia, podendo evoluir para ruptura da pele, denominada ulceração². O principal fator de risco para a DAI é a presença de incontinência³.

A IA é um dos fatores associados ao surgimento da DAI, sendo definida pela *International Continence Society* como perda involuntária de fezes ou gases, em qualquer faixa etária, após a aquisição do controle esfinteriano⁴. A prevalência da DAI é pouco conhecida, e os dados internacionais de prevalência de IA mostram valores que vão de 1,9 a 21,3% da população, elevando-se com o aumento da faixa etária. Um estudo com pacientes críticos de uma unidade de terapia intensiva encontrou prevalência de 15,27%^{4,5}.

Assim, o presente estudo teve como questão norteadora: como o equipamento de controle da IA pode auxiliar

o enfermeiro no manejo de pacientes com DAI? O objetivo geral foi descrever a utilização do equipamento de controle de IA e demonstrar sua eficácia no manejo de pacientes com DAI.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, descritivo, retrospectivo, com paciente internado na unidade de terapia semi-intensiva de um hospital privado, na cidade de Salvador, Bahia. A coleta de dados ocorreu de 2 a 21 de junho de 2014, utilizando registros em prontuário eletrônico, evolução clínica e evoluções de registros de enfermagem. A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/12, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (nº 15/2014) e assinatura pelo responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente de 31 anos, restrito ao leito, com síndrome cognitiva secundária à doença de Wilson, uma patologia genética e degenerativa que provoca alteração no metabolismo de cobre e comprometimento neurológico e psiquiátrico⁷.

O paciente foi atendido por insuficiência respiratória aguda e transferido para a unidade semi-intensiva. Apresentou dermatite extensa em regiões perianal, interglútea e glútea ocasionada por umidade decorrente de IA.

Medidas protetoras como higiene do local, trocas frequentes de fralda e uso de creme barreira não foram suficientes para impedir o aparecimento da DAI, uma vez que esta pode ocorrer em razão do contato das fezes líquidas e semilíquidas com a pele do paciente acamado^{8,9}. O indivíduo apresentava alto risco de desenvolver lesão por pressão, na aplicação da escala de Braden.

Como medida terapêutica para controle da DAI, foi proposta a utilização do equipamento de controle de IA, com o objetivo de limitar a dispersão das fezes, reduzindo o seu contato com a pele, evitando a irritação e a maceração, preservando a função de barreira cutânea e mantendo, sempre que possível, um pH ácido¹⁰.

A indicação ocorreu a partir de protocolo assistencial institucional, o qual define o uso em pacientes que apresentem três episódios de dejeções líquidas ou semilíquidas por mais de dois dias consecutivos, com alto risco de lesão por pressão identificado e/ou com a integridade da pele prejudicada. Modificações na dieta e utilização de simbióticos são práticas adotadas pela equipe médica e, caso o paciente não obtenha melhora da diarreia após 72 horas, o equipamento será indicado pelo enfermeiro e/ou médico.

O equipamento de controle de IA é utilizado no Brasil desde 2007. O cateter é posicionado na cavidade retal e retido por um balão inflado com 45 mL de água ou soro fisiológico, exercendo pressão baixa na mucosa retal e minimizando os riscos de lesões graves como isquemia e necrose¹⁰.

Um estudo observacional (n=15) demonstrou a eficácia do equipamento de IA no manejo do tratamento e no desvio das fezes em pacientes queimados, com média de permanência do cateter de 22,5±5,7 dias, não sendo encontradas complicações graves associadas ao uso do equipamento, exceto por erosão superficial do reto distal (n=2)¹¹.

As contraindicações para utilização do equipamento são: intervenção cirúrgica na parte distal do intestino não grosso ou reto, lesão retal ou anal, estenose retal ou anal, mucosa distal prejudicada, tumores retais ou anais, hemorroidas severas ou impactação fecal. Pode-se utilizar o cateter no paciente por até 29 dias, com troca da bolsa coletora a cada 72 horas ou até atingir 900 mL de volume drenado¹⁰.

A inserção do cateter foi realizada pelo enfermeiro, sendo associado o uso de hidrocoloide em pó para a manutenção do meio livre de umidade a cada troca de fraldas. O paciente apresentava DAI extensa em regiões glútea,

interglútea e perianal, com rupturas de pele difusas, exsudato serossanguinolento em pequeno volume e área perilesional hiperemiada.

O paciente teve episódios de fezes líquidas e semilíquidas com volume médio de 400 mL/dia nos 5 primeiros dias. Foram encontrados registros de enfermagem com relatos de melhora da DAI nas primeiras 24 horas de uso do equipamento. No quarto dia de uso, foi registrada melhora significativa, com epitelização das lesões nos glúteos.

No sexto e sétimo dias, registrou-se diminuição do volume fecal (250 e 150 mL, respectivamente), com relatos de exteriorizações frequentes do equipamento (2–3 vezes/dia) e fezes semilíquidas. A exteriorização é um evento comum e esperado, sendo necessário o reposicionamento do equipamento pelo enfermeiro de modo a garantir a manutenção e a evolução do processo cicatricial da DAI.

No oitavo dia verificou-se ausência de dejeções líquidas e semilíquidas, com epitelização total das lesões em regiões interglútea e perianal, optando-se pela retirada do equipamento e pela manutenção das áreas protegidas com creme barreira. O paciente obteve alta hospitalar com equipe multiprofissional domiciliar, recebendo orientações pelo enfermeiro sobre cuidados relacionados à manutenção da integridade da pele e à prevenção de DAI.

CONCLUSÃO

A utilização do equipamento contribuiu para a assistência qualificada, para o melhor manejo e para o tratamento da DAI por meio da redução do contato das fezes com a pele do paciente, da melhora da lesão, do maior conforto oferecido ao paciente e da redução dos custos adicionais com tratamentos prolongados.

Vale ressaltar que o tempo de cicatrização poderia ter sido reduzido se não houvesse a exteriorização do equipamento em alguns momentos, causando umidade local e exigindo recolocações frequentes. Observou-se a necessidade de maior conhecimento da equipe multiprofissional quanto à indicação do equipamento, aos cuidados de manutenção e ao melhor registro do volume das dejeções e da evolução da DAI, o que era esperado por se tratar de uma prática nova na instituição. O número reduzido de pesquisas científicas nacionais sobre o tema impossibilitou comparações do presente estudo com outros trabalhos que demonstrassem a utilização do equipamento.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP Pressure Injury Stages. 2016 [cited 2016 Aug 04] Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
2. Bianchi J, Gomes TS. The dangers of faecal incontinence in the at-risk patient. *Wounds Int* [Internet]. 2012 [cited 2015 Apr 20];3:15-21. Available from: <http://www.woundsinternational.com/journal-content/view/the-dangers-of-faecal-incontinence-in-the-at-risk-patient>
3. Cooper P. Incontinence-induced pressure ulcers. *Nurs Res Care* [Internet]. 2002. [cited 2015 May 20];4(5):216-21. Available from: <http://www.magonlineibrary.com/doi/pdf/10.12968/nrec.2002.4.5.10385>
4. Domansky RC, Borges EL. Manual para Prevenção de Lesões de Pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.
5. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodynam* [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 15];29(1):213-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20025020>
6. Brasil. Resolução n.º 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
7. Prado ALC, Fonseca DC. Uma revisão sobre a doença de Wilson: Relato de Caso. *Saúde* [Internet]. 2004 [cited 2015 Jan 22];30(1-2):69-75. Available from: periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/6396/
8. Baessa CEB, Meireles VC, Balan MAJ. Ocorrência de Dermatite Associada à Incontinência em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Estima*. 2014;12(2):14-22.
9. Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 May 20];13(3):428-36. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13040>
10. Flexi Seal. Protocolo de Manejo Fecal. 2013.
11. Kement M, Acar HA, Barlas IS, Aksakal N, Gezen C, Düzci U, et al. Clinical Evaluation of a temporary fecal containment device for non-surgical fecal diversion in perineal burns. *Turkish J Trauma Emergency Surgery* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 28];17(2):123-27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21644089>

Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna

ABC model for leg ulcer management

Modelo ABC para el manejo de la úlcera venosa de pierna

Eline Lima Borges¹, Camyle de Melo dos Santos², Mariana Raquel Soares^{2,3}

RESUMO

Os profissionais de saúde necessitam de aportes teórico e prático para que possam fazer, de forma efetiva, recomendações de tratamentos específicos aos pacientes com úlcera venosa, bem como desmitificar a utilização da terapia de compressão. O estudo objetivou apresentar a utilização do Modelo ABC no gerenciamento de úlcera venosa de perna. Trata-se de uma atualização concernente à avaliação sistematizada e indicação do tratamento amparadas no Modelo ABC no manejo de úlcera, que compreende: (A) avaliação e diagnóstico; (B) boas práticas no manejo da ferida e da pele; e (C) compressão na otimização do tratamento da lesão e prevenção de recidivas. As etapas A, B e C podem ser sintetizadas com a apresentação de quatro, cinco e sete recomendações, respectivamente. A adoção do Modelo permite que o profissional siga um percurso sistematizado para o tratamento do paciente com úlcera venosa. Espera-se que o modelo proposto com abordagem simplificada auxilie os clínicos profissionais a entenderem claramente por que, quando e como a terapia de compressão deve ser utilizada.

DESCRIPTORIOS: Úlcera varicosa. Bandagens compressivas. Avaliação em saúde. Estomaterapia.

ABSTRACT

Health professionals need theoretical and practical contributions so that they can effectively recommend specific treatments to patients with venous ulcers and demystify the use of the compression therapy. This study focused on using the ABC Model for leg ulcer management. It is an update concerning the systematic evaluation and treatment indication supported by the ABC Model for ulcer management that includes: (A) evaluation and diagnosis; (B) best practices on wound and skin management; and (C) compression therapy for active treatment and prevention of recurrence. Steps A, B and C may be summarized by presenting four, five and seven recommendations, respectively. The adoption of the Model allows the professional to follow a systematic path in the treatment of patients with venous ulcers. It is expected that the proposed Model with simplified approach helps clinicians to clearly understand why, when and how compression therapy should be used.

DESCRIPTORS: Varicose ulcer. Compression bandages. Health evaluation. Stomatherapy.

RESUMEN

Los profesionales de salud necesitan de aportes teórico y práctico para que puedan realizar, de forma efectiva, la recomendación de tratamientos específicos a los pacientes con úlcera venosa, así como la desmitificación de la utilización de la terapia de compresión. Este estudio tuvo por objeto la utilización del Modelo ABC en el gerenciamento de la úlcera venosa de pierna. Se trata de una actualización de la evaluación sistematizada e indicación del tratamiento, amparadas en el Modelo ABC en el manejo de úlcera, que comprende: (A) evaluación y diagnóstico; (B) buenas

¹Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP: 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: eborges@ufmg.br

²3M do Brasil – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³3M do Brasil – Belo Horizonte (BH), Brasil.

Artigo recebido em: 27/04/2016 – Aceito para publicação em: 28/07/2016.

prácticas en el manejo de la herida y de la piel; y (C) comprensión en la optimización del tratamiento de la lesión y prevención de recurrencias. Las etapas A, B y C pueden ser sintetizadas con la presentación de cuatro, cinco y siete recomendaciones, respectivamente. La adopción del Modelo permite que el profesional continúe una ruta sistematizada para el tratamiento del paciente con úlcera venosa. Se espera que el modelo propuesto con enfoque simplificado ayude a los profesionales clínicos a entender claramente por qué, cuándo y cómo la terapia de la compresión debe ser utilizada.

DESCRIPTORES: Úlcera varicosa. Vendajes de compresión. Evaluación en salud. Estomatoterapia.

INTRODUÇÃO

A perna pode ser acometida por úlceras de diversos tipos e etiologias, sendo mais frequentes as decorrentes de doença venosa, doença arterial, neuropatia, e outras causas menos comuns como devido a distúrbios metabólicos, hematológicos e doenças infecciosas¹. Tem sido relatado que 70,0% das úlceras de perna estão relacionadas à insuficiência venosa, 10,0% à doença arterial e 15,0% das apresentações são de etiologia mista. Os 5,0% restantes têm causas fisiopatológicas menos comuns, e este último grupo compreende desafios consideráveis no diagnóstico, na avaliação e na gestão².

Cerca de 60,0 a 80,0% das úlceras de perna contêm um componente venoso, e sua prevalência aumenta com a idade. Ressalta-se que no Reino Unido a úlcera varicosa tem prevalência estimada entre 0,1 e 0,3%³, e nos Estados Unidos a prevalência global é de 1,0% aproximadamente¹. As úlceras varicosas são mais comuns em mulheres e em pessoas com 65 anos ou mais, e os principais fatores de risco são trombose venosa profunda, flebite, lesão anterior na perna e obesidade⁴.

Apesar da recomendação existente sobre a utilização da terapia de compressão para o aumento da taxa de cicatrização da úlcera, muitos pacientes que apresentam esse tipo de lesão não recebem essa modalidade de terapia. No Reino Unido, apenas 20,0% dos pacientes da atenção primária com úlcera venosa receberam a terapia de compressão. Na França, apenas 10,8% dos médicos de clínica geral seguiram orientações para a gestão de úlcera venosa. Entretanto, nos centros especializados desse mesmo país, a terapia de compressão pode ser utilizada em até 88,0% dos pacientes com úlcera venosa. Na Alemanha, uma companhia de seguros informou que 32,0 a 53,0% dos pacientes com esse tipo de úlcera receberam terapia de compressão⁵.

Existem inúmeras razões para que a terapia de compressão não seja utilizada pelos profissionais no tratamento

de úlcera varicosa, tais como: falta de conhecimento ou confiança dos médicos e enfermeiros; falta de referência e contra referência por causa da variedade de especialidades nas quais possam estar envolvidas; indisponibilidade de produtos; desconhecimento dos tipos de bandagens e de meias de compressão disponíveis no mercado; ausência de serviços especializados; e falta de adesão dos pacientes que utilizam terapia de compressão⁵.

Os profissionais de saúde necessitam de aportes teórico e prático para que possam fazer, de forma efetiva, recomendações de tratamentos específicos aos pacientes com úlcera venosa. São importantes a capacitação permanente dos profissionais que cuidam de pacientes com úlceras de perna e a garantia de acessibilidade aos recursos materiais necessários, visando reduzir a lacuna existente entre a prática assistencial e as evidências científicas, bem como a desmitificação da utilização da terapia compressiva.

OBJETIVO

Apresentar a utilização do Modelo ABC no gerenciamento da úlcera venosa de perna.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de atualização concernente à avaliação, às boas práticas e à compressão amparada no Modelo ABC no manejo de úlcera de perna.

O Modelo ABC foi elaborado por um grupo internacional de especialistas em úlceras de perna e doença venosa, durante reunião ocorrida em dezembro de 2014, na cidade de Londres. O grupo de trabalho foi constituído por dez profissionais da área de Enfermagem e Medicina de diversas

especialidades e contou com dois revisores. Resultou no reconhecimento de que uma proporção muito elevada de todas as úlceras de perna tem doença venosa como um fator causal ou contributivo, ou seja, são úlceras venosas ou de etiologia mista; portanto, são apropriadas para a utilização de terapia de compressão.

As discussões dos especialistas estiveram centradas na identificação de como encorajar profissionais e pacientes a aumentarem a adoção da terapia de compressão no tratamento das úlceras, simplificando os princípios-chave envolvidos. As conclusões formaram a base do documento elaborado pelo grupo e são apresentadas como um ABC no manejo da úlcera venosa, com foco na fase de tratamento ativo. O documento produzido foi publicado em 2015 sob o título “*Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations*”.

O Modelo ABC (Figura 1) compreende:

- A. avaliação e diagnóstico;
- B. boas práticas no manejo da lesão e pele ao redor; e
- C. compressão na otimização do tratamento das úlceras e prevenção de recidivas.

RESULTADOS

O Modelo ABC compreende as etapas “avaliação”, “boas práticas na gestão da ferida/pele” e “compressão”, que podem ser sintetizadas com a apresentação de quatro, cinco e sete recomendações, respectivamente (Figura 2). A adoção do

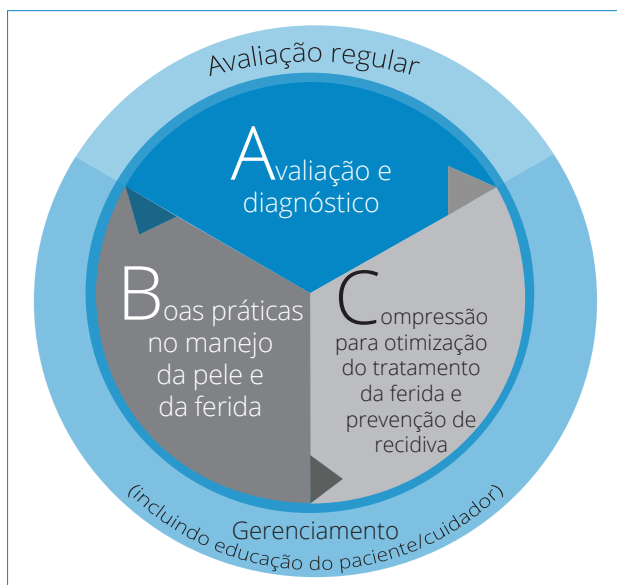


Figura 1. Modelo ABC.

modelo permite que o profissional siga um percurso sistematizado para o tratamento do paciente com úlcera venosa (Figura 3).

DISCUSSÃO

Úlcera de perna é uma lesão crônica na pele, abaixo do nível do joelho, que persiste por mais de seis semanas e não mostra tendência para cicatrizar após 3 meses de tratamento adequado ou ainda não está totalmente curada em 12 meses⁶. Pode ser definida como lesão com completa profundidade de espessura e uma tendência lenta de cura. Pode resultar na perda completa da epiderme e, muitas vezes, de porções da derme ou até mesmo do subcutâneo⁷. É uma alteração frequente entre os adultos; provoca dor física, estigma e preconceito, que reduzem o convívio social e provocam impactos negativos na qualidade de vida.

A úlcera de perna é considerada um problema de saúde pública, uma vez que a incidência tem crescido como resultado do envelhecimento da população e aumento dos fatores de risco para oclusão aterosclerótica, como o tabagismo, a obesidade e o diabetes⁷. Já é previsto que cerca de 1,0% da população adulta terá uma úlcera de perna em algum momento de sua vida. Essa condição afeta 3,6% das pessoas com mais de 65 anos⁸. A prevalência está estimada entre 1,5 e 1,8 por 1.000 do total da população, e essa relação tende a aumentar com a idade para 3 por 1.000 na faixa etária de 61 a 70 anos e 20 por 1.000 em pessoas com idade superior a 80 anos¹. No Brasil, os registros epidemiológicos de prevalência e incidência de úlcera de perna são escassos e não há estimativas oficiais nos âmbitos nacional ou regionais.

Dentre as úlceras de perna, destaca-se a de etiologia venosa, também conhecida como úlcera de estase ou varicosa, que ocorre como resultado da hipertensão venosa e insuficiência da bomba do músculo gastrocnêmico⁹. É uma lesão de pele aberta, localizada na parte inferior da perna, entre o tornozelo e joelho, geralmente na região do maléolo medial, e que mostra pouco progresso para a cura no período de quatro a seis semanas do início de sua ocorrência⁵. Apresenta importância no contexto de saúde pública por acometer pessoas de diferentes faixas etárias e causar problemas socioeconômicos. Afeta o estilo de vida do paciente, pela necessidade de visitas clínicas ambulatoriais para trocas de curativos,

dor crônica e odor desagradável pelo exsudato da lesão. O paciente precisa, com frequência, de cuidados de saúde, ocasionando afastamento do trabalho, aposentadoria precoce e sobrecarga econômica às instituições (pela queda da produtividade)^{10,11}.

Para o tratamento de úlcera venosa, os profissionais utilizam diferentes terapias. Nos Estados Unidos da América, a bota de Unna é a mais aceita; no Reino Unido, a compressão elástica de multicamadas é amplamente utilizada; e na Europa continental, a bandagem de curto estiramento é prática padrão¹².

A aplicação de pressão externa sobre o músculo da panturrilha ocasiona alterações capazes de influenciar positivamente o tratamento, tal como a elevação da pressão intersticial, que resulta no aumento do retorno venoso profundo, diminuindo o refluxo durante a deambulação, bem como no aumento do volume de ejeção durante a ativação dos músculos da panturrilha e da pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática. Como consequência, as alterações desencadeadas pela ação da pressão facilitam a cura da úlcera varicosa^{13,14}.

Avaliação e diagnóstico	
A	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Coletar o histórico do paciente; avaliar o paciente, a ferida, a pele periférica, a perna e o pé. ⇒ Realizar o índice de pressão tornozelo/braço (ITB) para avaliar a circulação arterial; encaminhar para especialista para investigação e cuidados adicionais se $ITB < 0,8$ ou $> 1,3$. ⇒ Confirmar a presença de doença venosa (<i>duplex scan</i>). ⇒ Reavaliar se a redução de área da úlcera for menor que 20 a 30% após 4 a 6 semanas de tratamento de compressão ideal.
Boa prática na gestão da pele e lesão	
B	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Limpar, hidratar e proteger a pele ferida e a pele da perna: gerenciar a eczema e hiperqueratose, quando presentes. ⇒ Desbridar a lesão, se necessário e de acordo com o protocolo local. ⇒ Selecionar o tipo de cobertura e decidir a frequência de troca de curativo com base na frequência da reaplicação de sistema de compressão e o nível de exsudato (a menos haja suspeita ou a infecção esteja presente). ⇒ Utilizar coberturas antimicrobianas para infecção local ou para a prevenção da infecção em lesões de alto risco (colonização crítica). ⇒ Assegurar o regime de compressão, a terapia da lesão e a adesão do paciente antes de considerar terapias avançadas.
Compressão	
C	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Selecionar bandagem de compressão para otimizar o tratamento: inelásticos, elásticos. O sistema de multicomponentes (combinação de elásticos e inelásticos) são preferíveis. ⇒ Atentar ao fato de que alguns pacientes podem necessitar de compressão modificada. ⇒ Considerar a utilização de meias de compressão para prevenção de recidiva ou para otimizar o tratamento da úlcera quando o edema já estiver resolvido. ⇒ Encaminhar ao especialista para investigação e cuidados adicionais se considerar terapia de compressão para pacientes com uma úlcera de etiologia mista com $ITB < 0,8$ ou $> 1,3$. ⇒ Não utilizar a terapia de compressão em pacientes com $ITB < 0,5$: encaminhar ao cirurgião vascular para possível revascularização. ⇒ Incentivar pacientes a serem ativos e a deambular. ⇒ Considerar compressão pneumática intermitente para pacientes totalmente imóveis.

Figura 2. Síntese das recomendações do Modelo ABC.

A avaliação é uma etapa primordial que ampara a escolha do tratamento, incluindo a terapia de compressão,

essencial para a cura da úlcera venosa e prevenção de sua recidiva. A terapia de compressão é uma terapia ativa

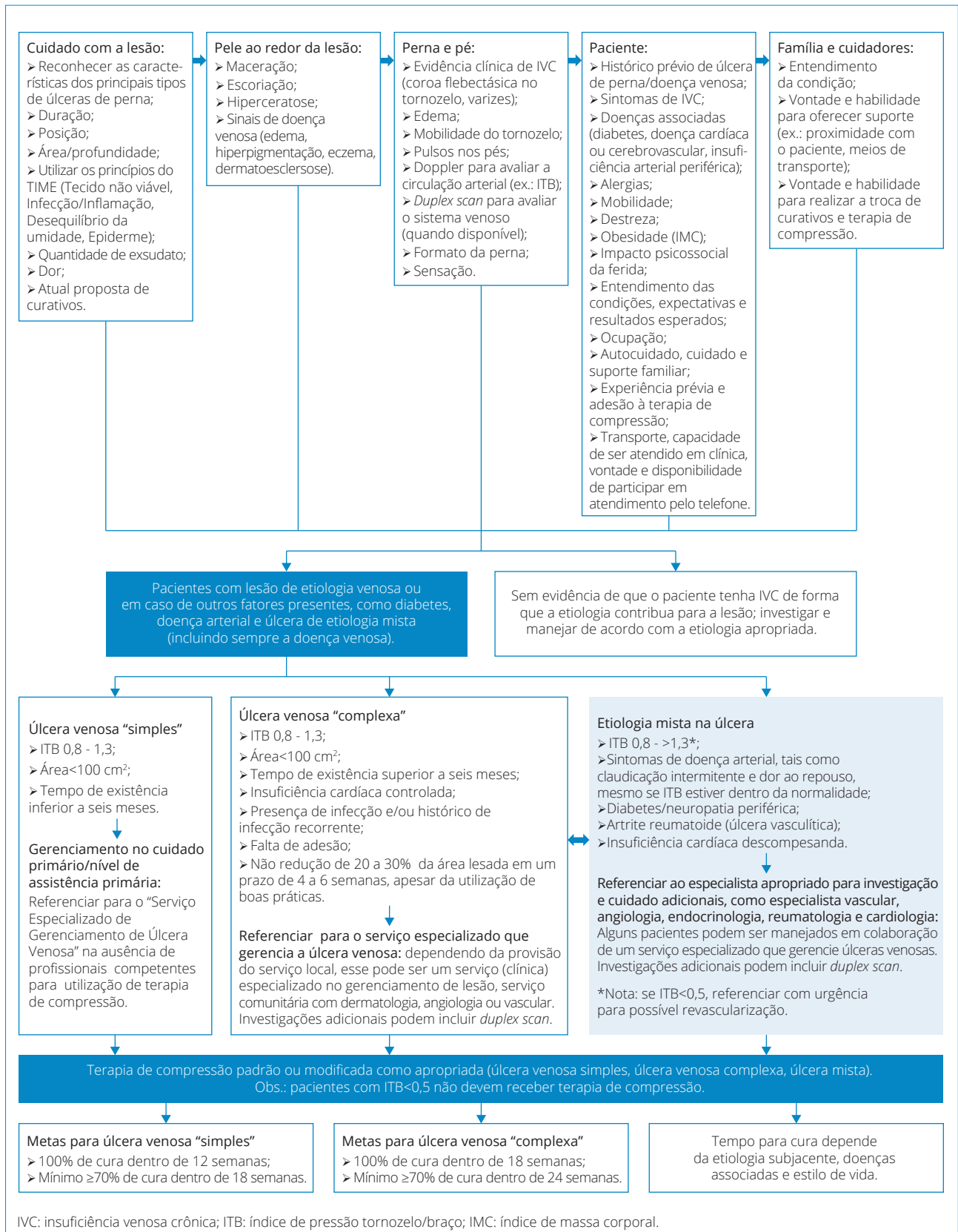


Figura 3. Caminho para tratamento do paciente com úlcera venosa.

e geralmente subutilizada. No entanto, quando usada no paciente certo e de maneira correta para que seja mantida a adesão, ela é a chave para a cura de ulceração ativa. Avaliação e gestão devem ser executadas por um profissional de saúde que tenha recebido formação adequada. Se houver qualquer dúvida sobre a competência, o paciente deve ser encaminhado a um especialista. Otimizar a gestão de úlcera venosa utilizando o Modelo ABC contribuirá para reduzir o impacto financeiro que

úlceras de perna causam nos sistemas de saúde de diversos países do mundo.

CONCLUSÃO

Espera-se que o Modelo proposto com abordagem simplificada ajude os profissionais a entenderem claramente por que, quando e como a terapia de compressão deve ser utilizada.

REFERÊNCIAS

1. Agale SV. [Internet] Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management [citado em 2015 abr 20]. Ulcers. 2013. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ulcers/2013/413604/>
2. Puri N, Talwar A. Etiology and management of leg ulcers – an enigma. *J Pakistan Assoc Dermatol*. 2015;25(3):211-5.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [Internet] Management of chronic venous leg ulcers: a national clinical guideline [citado em 2015 jul 04]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg120.pdf>
4. Collins L, Seraj S. Diagnosis and treatment of venous ulcers. *Am Fam Physician*. 2010;81(8):989-96.
5. Harding K, Dowsett C, Fias L, Jelnes R, Mosti G, Öien R, et al. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. London: Wounds International; 2015.
6. Kahle B, Hermanns HJ, Gallenkemper G. Evidence-based treatment of chronic leg ulcers. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(14):231-7.
7. Van Gent WB, Wilschut ED, Wittens C. Management of venous ulcer disease. *BMJ*. 2010;341(7782):1092-6.
8. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD002303.
9. Johnson J, Paustian C. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Glenview: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2005.
10. Vishwanath V. Quality of life: venous leg ulcers. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(3):397-9.
11. Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ, Schäfer I, Herberger K. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. *Int Wound J*. 2014;11(3):283-92.
12. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000265.
13. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Mount Laurel: WOCN; 2011.
14. White-Chu EF, Conner-Kerr TA. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective. *J Multidiscip Healthc*. 2014;7:111-7.

ERRATA

DOI: 10.5327/Z1806-3144201700030011

No artigo "Exenteração Pélvica: Relato de Caso", com número de DOI: 10.5327/Z1806-3144201700010008, publicado no periódico Revista Estima, 2017;15(1):50-6, na página 50:

ONDE SE LIA:

Cristine Aves Costa de Jesus²

LEIA-SE:

Cristine Alves Costa de Jesus²

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

REVISTA ESTIMA

Instruções aos autores

- Foco e escopo
- Políticas de seção
- Forma de apresentação
- Processo de avaliação pelos pares
- Política de acesso livre
- Aspectos éticos
- Seleção e revisão dos manuscritos
- Taxas
- Apresentação dos manuscritos
- Declaração de direitos autorais
- *Check-list* da documentação para submissão

FOCO E ESCOPO

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 suas áreas de abrangência (estomias, feridas e incontinências, fístulas, cateteres e drenos) e áreas afins.

A partir de 2018, a RE publicará dez manuscritos por edição: oito artigos originais, um artigo de revisão/reflexão teórica e um artigo de estudo de caso/relato de experiência.

POLÍTICAS DE SEÇÃO

Editorial

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Artigos

Política padrão de seção

Artigo original

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Artigo de revisão

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Reflexão teórico-filosófica

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Relato de caso clínico/relato de Experiência

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

Resumo de Dissertação/Tese

Submissões abertas Indexado Avaliado pelos pares

FORMA DE APRESENTAÇÃO

- **Artigo original:** os manuscritos de pesquisa sobre estomias, feridas e incontinências e outros temas relacionados à estomaterapia devem ter, no máximo, 12 páginas, incluindo figuras, tabelas, referências e anexos (estes quando necessários e indispensáveis);
- **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, sete páginas;
- **Revisão de literatura (sistemática, integrativa/escopo):** estudo abrangente e crítico da literatura sobre assunto de interesse para o desenvolvimento da Estomaterapia. 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;
- **Relato de caso clínico/experiência:** limitado a casos excepcionais ou série de casos que não constituem amostra significativa e que sejam de grande interesse científico, com discussão fundamentada cientificamente. Sua extensão limita-se a quatro páginas;
- **Resumo de dissertação ou tese:** deve conter introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Limita-se a 500 palavras.

A RE recomenda a utilização de guias da Rede Equator para o preparo e a submissão dos manuscritos, conforme tipo de estudo:

- **Para ensaio clínico randomizado:** Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) (<http://www.consort-statement.org/downloads/translations>);
- **Para revisões sistemáticas e metanálises:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (<http://www.prisma-statement.org/Translations/Translations.aspx>);
- **Para estudos observacionais em epidemiologia:** Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-translations>);
- **Para estudos qualitativos:** Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>).

PROCESSO DE AVALIAÇÃO PELOS PARES

Os artigos enviados à RE são submetidos ao Conselho Editorial para observância do atendimento às normas editoriais, pertinência do conteúdo do

manuscrito, linha editorial do periódico e coerência interna do texto.

O Conselho Editorial terá 15 dias para aceitar o manuscrito para análise ou devolução aos autores para as adequações quanto às normas da revista. O(s) autor(es) terá(ão) 15 dias para reencaminhar o manuscrito, cumprindo as solicitações.

Após o atendimento às solicitações do Conselho Editorial, o manuscrito será encaminhado a dois avaliadores do Conselho Editorial e/ou *ad hoc*, os quais terão 30 dias para emitir parecer sobre o manuscrito. Será garantido o sigilo da identidade dos autores durante o processo de avaliação.

Havendo necessidade de adequações, as recomendações deverão ser atendidas pelo(s) autor(es) em até 20 dias após a submissão da mensagem pela revista. Caso as solicitações não sejam atendidas no período determinado, o artigo será retirado, devendo o(s) autor(es) iniciar novo processo de submissão.

Não serão admitidas alterações no manuscrito após o aceite final para publicação.

As opiniões e os conceitos emitidos pelo(s) autor(es) são de exclusiva responsabilidade dele(s), não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial da Revista.

POLÍTICA DE ACESSO LIVRE

Esta Revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio da gratuidade e democratização do acesso público ao conhecimento científico.

ASPECTOS ÉTICOS

Nas pesquisas que envolvem seres humanos, o(s) autor(es) deverá(ão) enviar cópia de aprovação emitida por Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 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 da Seção de Material e Método do manuscrito.

Todos os artigos publicados são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores nem 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 fim do texto, como observação.

Estudos do tipo ensaio clínico devem incluir o número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), cujo documento comprobatório deverá ser enviado à revista. Em caso de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão

de Ética no Uso de Animais também deve ser encaminhada. Considerando-se que a RE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos. Estes devem ser validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do ICMJE (<http://www.icmje.org>). O número de identificação deverá ser registrado no fim 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, estudo de caso clínico 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 delas, o manuscrito pode ser recusado ou devolvido aos autores 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 aceitação, recusa ou sugestão de alterações necessárias. Todas as comunicações e notificações serão feitas ao(s) autor(es), exclusivamente pelo sistema eletrônico ou 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 RE exclusivamente pelo *site* <http://www.revistaestima.com.br>, com *link* pela página virtual <http://www.sobest.org.br>.

A identificação do(s) autor(es) deve ser feita somente pelo sistema de submissão. Não serão aceitos artigos que apresentam os nomes dos autores no corpo do texto do manuscrito.

As seguintes informações devem ser apresentadas no sistema de submissão: nomes completos de todos os autores, formação profissional, se enfermeiro estomaterapeuta e maior titulação (não é necessário identificar as instituições de formação), nome da instituição de origem e *e-mail*. O nome do autor correspondente deverá ser especificado via sistema.

TAXAS

A taxa de submissão do manuscrito será de R\$ 160 para os não associados à SOBEST. Essa taxa não será cobrada para os associados da SOBEST.

O pagamento da taxa deverá ser realizado por meio de depósito bancário. O comprovante do depósito ou de associado deverá ser anexado no sistema durante o processo de submissão do manuscrito. A taxa não será devolvida aos autores em nenhuma circunstância.

Dados para depósito

Banco Itaú

Agência: 0037 Conta-Corrente: 77999-8

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos deverão ser inéditos, podendo ser apresentados em português, inglês ou espanhol. Não serão aceitos manuscritos encaminhados simultaneamente a outros periódicos ou previamente publicados.

A submissão do manuscrito à RE deverá ser realizada por meio do sistema eletrônico. No ato da submissão deverão ser apresentados dois documentos relativos ao manuscrito: 1) página de identificação; 2) manuscrito.

1. Página de identificação

Ela deve conter: título, autoria e, se necessário, outra informação importante, como, por exemplo, artigo extraído de tese/dissertação).

- **Título:** deve estar em português, inglês e espanhol, sem abreviações, em tamanho 14. O título deve ser conciso e explicativo e representar o conteúdo do trabalho. Deve conter, no máximo, 15 palavras. Espaçamento simples. Itens não permitidos: caixa-alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa;
- **Autoria:** a identificação de cada autor deve ser feita também pelo sistema de submissão. Não serão aceitos artigos que apresentam os nomes dos autores no seu conteúdo. Na folha de rosto devem ser apresentadas as seguintes informações: nome completo de todos os autores, formação universitária, se estomaterapeuta/título de enfermeiro estomaterapeuta (TiSOBEST), maior titulação acadêmica, instituição de origem e *e-mail*. Neste documento e também via sistema, deve-se indicar o nome e o endereço completo do autor responsável para troca de correspondência.

Ao ser o manuscrito baseado em monografia, dissertação ou tese, deve-se indicar o título, o ano e a instituição onde foi apresentada e defendida.

2. Manuscrito

A apresentação do manuscrito deverá conter obrigatoriamente:

- **Título:** deve estar em português, inglês e espanhol, sem abreviações, em tamanho 14. O título deve ser conciso e explicativo e representar o conteúdo do trabalho. Deve conter, no máximo, 15 palavras. Espaçamento

simples. Itens não permitidos: caixa-alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa;

- **Resumo:** deve ser estruturado e conter objetivos, método, resultados e conclusão, redigido em parágrafo único, em até 200 palavras. Devem ser apresentadas suas traduções para o inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*). Caso o manuscrito seja escrito originalmente em espanhol, deve conter as traduções para o português e inglês; e quando escrito originalmente em inglês, deve conter as traduções para o português e espanhol;
- **Descritores:** deve incluir de três a seis descritores, separados por ponto, também apresentados em português, inglês e espanhol, respectivamente após o resumo, *abstract* e *resumen*. Os descritores devem estar de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou Medical Subject Headings (MeSH) 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, objetivando sua inserção futura como descritor;
- **Estrutura:** o texto do manuscrito deve ser estruturado na seguinte sequência: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Discussão (contendo limitações e recomendações), Conclusão e Referências. Tratando-se de estudos com abordagem qualitativa, as seções Resultados e Discussão poderão ser apresentadas conjuntamente. Anexos somente serão aceitos quando necessários e indispensáveis para o estudo;
- **Formatação:** o manuscrito deverá ser apresentado logo após os resumos e descritores, em formato editor Microsoft Word 2003 ou superior, com extensão .doc ou .docx, papel tamanho A4, margens 2 cm, fonte Times New Roman, parágrafos alinhados em 1 cm, justificado, espaço 1,5 linha em todo o texto, cabeçalho em 1,4 cm, rodapé em 1,25 cm, sem paginação e sem quebras de página ou seção em toda a extensão do arquivo;
- **Figuras e tabelas:** serão permitidas, no máximo, cinco tabelas ou figuras, que deverão estar inseridas no corpo do texto, logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. As fontes internas das ilustrações deverão ser do tipo Times New Roman 10 com espaçamento simples. A elaboração das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1993). Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo. Nesse caso, deve ser solicitada a autorização para os autores. O título da tabela e figura deve conter informações mínimas pertinentes e necessárias, incluindo local e ano de coleta dos dados. As ilustrações deverão ser apresentadas centralizadas e sem recuo, não ultrapassando o tamanho

de uma folha. Não serão aceitas fotos ou figuras originais de outros estudos sem a autorização dos autores originais. Quando houver fotografias, estas devem estar em resolução acima de 300 dpi. *Link* para as normas IBGE: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Financiamento:** deve ser mencionado no fim do texto, caso o estudo tenha recebido apoio de órgãos de fomento ou de empresas;
- **Referências:** as citações e referências devem ser elaboradas de acordo com as normas Vancouver (<http://www.icmje.org>). Cada manuscrito pode conter, no máximo, 25 referências, das quais 75% de artigos publicados em periódicos recentes, nos últimos cinco anos.

- **Tradução:** a tradução para uma segunda língua será solicitada ao(s) autor(es) após a aprovação do artigo. O custo da tradução é de responsabilidades dele(s). Para garantir a qualidade das traduções, elas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução dos tradutores credenciados pela RE.

CHECK-LIST DA DOCUMENTAÇÃO PARA SUBMISSÃO

- Documento de identificação
- Manuscrito
- Parecer do Comitê de Ética / Protocolo de registro de ensaios clínicos
- Comprovante do pagamento da taxa de submissão
- Declaração de Direitos Autorais

12 a 15.NOVEMBRO.2017

XII
Congresso
Brasileiro de

ESTOMATERAPIA

CBE17: COMPROMISSO, CIÊNCIA E CUIDADO

Hotel Ouro Minas

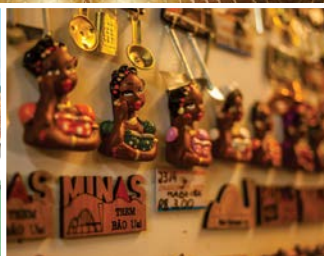


Belo Horizonte, MG

 sobest.org.br

Em 2017,
nos vemos em
Minas Gerais!

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



REALIZAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO

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

PRODUÇÃO EDITORIAL



FILANTROPIA

Rua Bela Cintra, 178, Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01415-000
Zeppelini – Tel: 55 11 2978-6686 – www.zeppelini.com.br
Rede Filantropia – Tel: 55 11 2626-4019 – www.filantropia.org

A sua franquia especialista no cuidado de Pés, Feridas, Estomias e Incontinências

A Stay Care é uma excelente oportunidade para profissionais empreendedores que desejam ter o seu próprio negócio. Tem como valor de negócio prestar cuidados especializados a pessoas com feridas agudas e crônicas, alterações e/ou lesões nos pés e unhas, estomias e incontinências anal e urinária. Focada na prevenção, educação para o autocuidado e na melhoria da qualidade de vida utilizando as melhores técnicas, tecnologias e modernos equipamentos.

A Stay Care oferece para o enfermeiro especialista empreendedor:

- Modelo de negócio com estratégia de marketing e mercado
- Modelo de gestão, assessoria administrativa, contábil, financeira, jurídica e tecnológica
- Capacitação e suporte técnico
- Software Stay Care
- Exclusividade de território

FRANQUIAS:

AMERICANA - CAMPINAS - SOROCABA
SALVADOR - SÃO PAULO

franquia@staycare.com.br
www.staycare.com.br

FRANQUIA
StayCare

A EXCELÊNCIA DO CUIDAR COM CIÊNCIA E TECNOLOGIA




c a m p a n h a

Eu mereço um
Estomaterapeuta

ACESSE O SITE, CONHEÇA O REGULAMENTO E PARTICIPE!

 **sobest.org.br**

 Sobest Associação Brasileira de Estomaterapia

#eumerecoumestomaterapeuta

#sobest

#estomaterapia

