

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

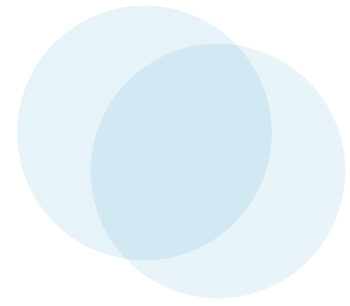
Estomia Hollister. **Os Detalhes Importam.**

 **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 Boccara de Paula (SP)

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

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

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

Primeiro Secretário: Ednalda Maria Franck (SP)

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

Conselho Científico

Fernanda Mateus Queiroz Schmidt (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 2
(abr/mai/jun 2017)



Vol 15 Edição 3
(jul/ago/set 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 4 • 2017

189 EDITORIAL

Juliano Teixeira Moraes

ARTIGO ORIGINAL

191 Implementação e avaliação de um vídeo educativo para famílias e pessoas com colostomia

Implementation and evaluation of an educational video for the families of people with colostomy

Implementación y evaluación de vídeo educativo para familias y personas con colostomía

Daiane de Oliveira Stragliotto, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Bruna Vanessa Costa da Rosa, Angélica Dalmolin, Elisabeta Albertina Nietzsche, Itagira Manfio Somavilla, Maria Elizete Nunes da Silva

200 Impacto da avaliação de risco para úlcera por pressão na adesão da equipe a medidas preventivas recomendadas

Impact of pressure ulcer assessment risk in the team's adherence to recommended preventive measures

Impacto de la evaluación de riesgos de úlceras de presión en la adherencia del equipo en las medidas preventivas recomendadas

Lourdes Aparecida de Castro, Gisela Maria Assis

207 Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer

Family caregiver's experience of a man with tracheostomy due to cancer

Vivencia del cuidador familiar de hombre con traqueostomía por cáncer

Haze Maria Carolia Risolia e Mendonça, Keila Oliveira, Laís Reis Siqueira, Maria Angélica Mendes, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Eliza Maria Rezende Dázio

214 Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência, Belém (PA)

Sociodemographic and clinical profile of stoma children attending in a reference center, Belém, state of Pará, Brazil

Perfil sociodemográfico y clínico de los niños con ostomía atendidos en servicio de referencia, Belém (PA), Brasil

Pérola Dias Bezerra, Izabela do Socorro Martins Pinto, Regina Ribeiro Cunha, Edson Marcos Leal Soares Ramos, Cassilene Oliveira da Silva, Sandra Regina Monteiro Ferreira

222 Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association

Nursing diagnosis ulcer risk of pressure by the North American Nursing Diagnosis Association taxonomy II

Diagnóstico de enfermería del riesgo de la úlcera por presión de acuerdo a la North-American Nursing Diagnosis Association

Belarmino Santos de Sousa Júnior, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Fernando Hiago da Silva Duarte, Cíntia de Carvalho Silva

ARTIGO DE REVISÃO

229 Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa

Predisposing factors for the development of pressure injury in elderly patients: an integrative review

Factores predisponentes para el desarrollo de la lesión por presión en pacientes ancianos: una revisión integrada

Nauã Rodrigues de Souza, Daniela de Aquino Freire, Marcos Antonio de Oliveira Souza, Jessica Thamiere da Silva Melo, Laísa de Veras dos Santos, Magaly Bushatsky

RELATO DE CASO

240 Eficácia do tratamento com pressão negativa na cicatrização de lesão por pressão

Effectiveness of treatment with negative pressure in the healing of lesions by pressure

Eficacia del tratamiento con presión negativa en la cicatrización de lesión por presión

Michele Ribeiro, Verusk Arruda Mimura, Bruna Gabriela Bibancos Damas, Jessica Marques Ribeiro, Tamiris Aparecida Silva, Haialla Rezende Rodrigues

245 Simulação em manequins como estratégia de ensino-aprendizagem para avaliação de ferida: relato de experiência

Simulation with mannequins as a learning-teaching strategy for wound care assessment: an experience report

Maniquies de simulación como estrategia de enseñanza-aprendizaje para la evaluación de la herida: un relato de experiencia

Belayrla Cerqueira de Jesus, Gislaine Felix Ramos, Cristiane Costa Reis da Silva, Virginia Crispina Oliveira Gomes, Gilberto Tadeu Reis da Silva

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

250 Elaboração de uma linha de cuidado do indivíduo com úlcera crônica de perna, em um município da região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista

Elaboration of a line of care of the individual with chronic leg ulcer, in a city of the metropolitan region of Paulista Paraíba Valley

Elaboración de una línea de cuidado del individuo con úlcera de la pierna, en un municipio de la región metropolitana del Valle del Paraíba Paulista

Aline Lino Balista, Lúcia Izumi Nichiata

251 Análise da implantação dos serviços e atenção à saúde da pessoa estomizada: estudo de casos múltiplos em Minas Gerais, Brasil

Analysis of implementation of health care services to ostomized people: multiple case study in Minas Gerais, Brazil

Análisis de implementación de servicios de atención a la salud de personas ostomizadas: estudio de múltiples casos en Minas Gerais, Brasil

Ravena Rieelly Araújo Moura, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Juliano Teixeira Moraes

VI INSTRUÇÕES AOS AUTORES



Qualificação de periódicos de enfermagem em estomaterapia

O uso de indicadores e métricas de produção científica é uma prática rotineira na avaliação da qualidade e do desempenho em pesquisas. Em saúde, é necessário para avaliar a qualidade das pesquisas e, assim, nortear novas decisões clínicas e políticas de governo.

Internacionalmente essa métrica surgiu com a publicação do *journal impact factor* (fator de impacto das revistas), a qual é disponibilizada anualmente pelo *Journal Citation Reports* (JCR), da Thomson Reuters, e conta o número médio de vezes que os artigos de uma revista foram citados por outros em publicações subsequentes durante o período de tempo de dois anos¹.

O fator de impacto foi criado para avaliar uma revista como um todo, e não uma publicação isolada dentro de um periódico, porém atualmente vem sendo usado inadequadamente para avaliar a qualidade de artigos individuais e autores. Ou seja, há uma distorção: o artigo é avaliado pela qualidade da revista na qual foi publicado, e não pelo seu conteúdo. Dessa forma, o que era um índice para avaliar revistas tem se tornado um índice para avaliar os artigos publicados numa revista e até mesmo para avaliar os seus autores².

No Brasil, além do fator de impacto, outra importante métrica utilizada pela comunidade científica é a Qualificação da Produção Intelectual da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Qualis/Capes). O Qualis-Periódicos é um sistema usado para classificar a produção científica dos programas de pós-graduação no que se refere aos artigos publicados em periódicos científicos.

Essa classificação é realizada pelos comitês de consultorias de cada área de avaliação seguindo critérios previamente definidos, que procuram refletir a importância relativa dos diferentes periódicos para determinada área. O Qualis disponibiliza uma lista com a classificação de diversos periódicos em estratos A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C, sendo A1 atribuído como o nível mais elevado e C como o nível mais baixo³.

Em geral, um dos principais critérios utilizados por todas as áreas no Qualis é que o periódico apresente elevado fator de impacto em portais e bases de dados reconhecidos mundialmente. Outros critérios podem ser:

- Número de artigos publicados por triênio;
- Periodicidade;
- Acessibilidade;
- Publicação de artigos de autores de instituições diferentes daquela que edita o periódico;
- Base de dados em que os periódicos estão indexados;
- Entre outros.

A Revista *Estima* atualmente é classificada pelo sistema Qualis como B2 e possui 10 bases de dados indexadoras, sendo oito internacionais. É ainda o único periódico especializado em Estomaterapia da América Latina e com potencial de reconhecimento internacional, como o *World Council of Enterostomal Therapists Journal* (WCET Journal) e o *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* (JWOCN).

Nessa perspectiva, a equipe de editores da Revista *Estima* prepara o periódico para avançar. Em 2018 a Revista completa 15 anos de edições e passa por grandes transformações. Entre elas, destacam-se a submissão de manuscritos em uma das três línguas (português, inglês ou espanhol) com a publicação bilíngue (português–inglês / espanhol–inglês / inglês–português) e a disponibilização do periódico *online* com acesso livre, deixando de ser apresentada a versão impressa.

Essa transformação visa buscar melhores métricas, e, assim, esperamos que num futuro próximo nossa “Estimada” Revista ocupe de fato relevância no cenário da Estomaterapia internacional.

Juliano Teixeira Moraes
Editor científico

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Fundação Capes. Classificação da Produção Intelectual [Internet]. Disponível em <http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>. Acesso em: 10 dez. 2017.
2. Donato H. As novas métricas de avaliação da produção científica. *Acta Pediatr Port* [Internet]. 2014;45:173-4. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/download/4993/3778>. Acesso em: 10 dez. 2017.
3. Nassi-Calò L. Evaluation metrics in science: current status and prospects. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017;25:e2865. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2865>. Acesso em: 10 dez. 2017.

Implementação e avaliação de um vídeo educativo para famílias e pessoas com colostomia*

Implementation and evaluation of an educational video for the families of people with colostomy

Implementación y evaluación de vídeo educativo para familias y personas con colostomía

Daiane de Oliveira Stragliotto¹, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini¹, Bruna Vanessa Costa da Rosa¹, Angélica Dalmolin¹, Elisabeta Albertina Nietsche¹, Itagira Manfio Somavilla¹, Maria Elizete Nunes da Silva¹

RESUMO

Os vídeos educativos são estratégias de educação em saúde que podem contribuir para que as pessoas desenvolvam habilidades para o cuidado de estomias. Objetivou-se implementar e avaliar as repercussões de uma intervenção de enfermagem realizada por meio de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia decorrente de câncer. Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. O cenário foi composto por dois hospitais do interior do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado com dados de 10 famílias, totalizando 24 participantes. A coleta dos dados ocorreu entre maio e agosto de 2015 e os resultados foram submetidos à análise temática. Como resultados, foram organizadas três categorias: "Colostomia": conhecimento prévio a intervenção; "Aprendi com o vídeo": repercussões após intervenção de enfermagem; "O vídeo é válido sim!": percepções das famílias em relação ao vídeo educativo. Concluiu-se que a intervenção de enfermagem por meio do vídeo educativo repercutiu positivamente nas famílias das pessoas com colostomia decorrente de câncer colorretal. O vídeo tem potencial para ajudar em relação à aprendizagem dos cuidados com a colostomia, aos aspectos emocionais e à comunicação entre os familiares, além de seu caráter esclarecedor, descrito pelas pessoas que o assistiram.

DESCRIPTORIOS: Estomia. Colostomia. Família. Educação em saúde. Tecnologia. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

Educational videos are health education strategies that can help people develop ostomy care skills. The objective was to implement and evaluate the repercussion of a nursing intervention through an educational video to the families of people with colostomy by cancer. This is a study of descriptive and qualitative approach carried out at two hospitals in Rio Grande do Sul. The participants were 10 families, totaling 24 peoples. Data were collected between May and August 2015 and the results were submitted to thematic analysis. The results were organized into three categories: "Colostomy": knowledge prior to the intervention; "I learned from the video": repercussions after nursing intervention; "The video is valid, yes!": perceptions of families in relation to the educational video. It was concluded that the nursing intervention through educational video had a positive repercussion on the families of people with colostomy for colorectal cancer. The video has the potential to help in relation to learning colostomy care, the emotional aspects and the communication between family members, in addition to being perceived as enlightening to the people who watched it.

DESCRIPTORS: Ostomy. Colostomy. Family. Health Education. Technology. Nursing. Stomatherapy.

*Artigo oriundo da dissertação intitulada "Implementação e avaliação de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia", apresentada em 2016 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Contou com o auxílio financeiro do Programa de Iniciação Científica para o Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria.

¹Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Roraima, 1000 – Centro de Ciências da Saúde. Prédio 26, Sala 1339 – Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS), Brasil – E-mail: nara.girardon@gmail.com

Artigo recebido em: 21/12/2016 – Aceito para publicação em: 06/08/2017

RESUMEN

Los videos educativos son estrategias de educación para la salud que pueden ayudar a las personas a desarrollar habilidades de cuidado de ostomías. El objetivo era poner en práctica y evaluar las repercusiones de una intervención de enfermería realizada por un video educativo para las familias de las personas con colostomía derivada del cáncer. Se trata de un estudio de enfoque descriptivo y cualitativo. El escenario fue compuesto por dos hospitales en el Rio Grande do Sul. Participaron 10 familias, con un total de 24 participantes. La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y agosto de 2015 y los resultados fueron sometidos al análisis temático. Los resultados se organizaron en tres categorías: "Colostomía": conocimiento previo a la intervención; "Aprendí con el video": repercusiones después de la intervención de enfermería; "¡El video es sí válido!": las percepciones de las familias en relación al video educativo. Se concluyó que la intervención de enfermería por medio del video educativo tuvo repercusión positiva en las familias de las personas con colostomía para el cáncer colorrectal. El video tiene el potencial de ayudar en relación con el aprendizaje de los cuidados de colostomía, los aspectos emocionales y también en la comunicación entre los miembros de la familia, además de su carácter esclarecedor, descrito por las personas que lo asistieron.

DESCRIPTORES: Estomía. Colostomía. Familia. Educación en Salud. Tecnología. Enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer colorretal e a necessidade da realização de uma colostomia provocam insegurança, além de medo da morte e das alterações no estilo de vida do indivíduo acometido. As restrições nas atividades diárias advindas do adoecimento, da cirurgia e de suas consequências fazem com que o ritmo de vida da pessoa fique atrelado ao funcionamento do estoma. Desse modo, a colostomia confere um tempo diferente ao cotidiano, exigindo que o paciente conviva com a experiência de aceitação e das limitações do seu novo eu¹.

Mudanças ocorrem também para a família, que igualmente é afetada pelas situações decorrentes do adoecimento². A família pode influenciar consideravelmente o modo como as enfermidades que venham a acometer um de seus membros serão gerenciadas, em virtude do papel significativo que exerce em relação à saúde e ao bem-estar de seus integrantes.

Entende-se família como um grupo de pessoas que são ligadas por vínculos consanguíneos ou afetivos, que participam da vida umas das outras³.

Assim, considerando que no contexto da realização da cirurgia para remoção de tumor o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem um papel mediador no sentido de preparar a pessoa e sua família para confecção do estoma e de capacitá-los para lidar com a nova situação⁴, a enfermagem tem o compromisso de incluir as famílias em seus cuidados de saúde³. Nesse sentido, o enfermeiro deve respeitar as ideias e os saberes de cada membro da família em relação às suas vivências acerca do processo saúde-doença³, potencializando suas habilidades, estimulando a autonomia e fortalecendo a rede social⁵.

Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade de o enfermeiro instrumentalizar, por meio de atividades de educação em saúde, não só a pessoa colostomizada, mas também seus familiares, que, muitas vezes, serão os responsáveis pelo cuidado da colostomia. As intervenções de enfermagem, por meio de ações educativas, constituem-se em uma possibilidade de viabilizar condições para que as pessoas desenvolvam habilidades para o cuidado e o autocuidado. A intervenção de enfermagem pode ser entendida como uma ação ou resposta do enfermeiro, que inclui ações terapêuticas na relação enfermeiro-paciente, visando influenciar no comportamento do indivíduo, da família ou da comunidade pela qual é responsável⁶.

O uso de vídeos educativos pode constituir-se em uma estratégia educativa que proporciona ao indivíduo e à sua família a construção de saberes relacionados ao cuidado com a estomia. Entende-se o vídeo como uma tecnologia que pode ser aplicada para a resolução de um problema. Não se pode banalizar a concepção de tecnologia, ou seja, compreendê-la apenas como um equipamento, uma mercadoria, e vê-la de forma simplista e sem consideração. A tecnologia não tem seu conceito restrito à informatização, à robótica e à cibernética. Para a enfermagem, a tecnologia consiste em instrumentos e conhecimentos interligados, os quais são construídos, desconstruídos e novamente reconstruídos ao longo dos tempos pelas pessoas⁷.

Em uma revisão integrativa de estudos sobre intervenções de saúde com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer, identificou-se a utilização de recursos audiovisuais como estratégia para disponibilizar informações e

potencializar o cuidado eficaz e a qualidade de vida, tanto para a família quanto para as pessoas portadoras de neoplasias⁸.

Nesse sentido, foi desenvolvido e validado com *experts* um vídeo especialmente voltado para famílias de pessoas que realizaram colostomia, com o objetivo de orientar quanto ao manejo do estoma, bem como apresentar depoimentos encorajadores para o enfrentamento da nova etapa da vida⁹.

Diante disso, o objetivo geral do estudo foi implementar e avaliar as repercussões de uma intervenção de enfermagem realizada por meio de um vídeo educativo para famílias de pessoas portadoras de colostomia por câncer. Já os objetivos específicos consistiram em

- identificar o conhecimento prévio à intervenção relacionado à colostomia e aos cuidados necessários;
- identificar o conhecimento posterior à intervenção relacionado à colostomia e aos cuidados necessários;
- avaliar as repercussões da intervenção de enfermagem realizada por meio do vídeo educativo;
- conhecer as percepções das famílias sobre o vídeo utilizado na intervenção de enfermagem.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de intervenção sustentada pela abordagem qualitativa do tipo exploratória, descritiva e transversal. O cenário do estudo compreendeu dois hospitais da Região Sul do Brasil, em que participaram dez famílias de pessoas que apresentavam colostomia resultante de câncer colorretal. Vale ressaltar que, ao mencionar o termo família, refere-se à unidade familiar que inclui a pessoa doente e os demais membros do grupo por ele considerados. Assim, destaca-se que o número de participantes da pesquisa foi de 24 pessoas. A coleta dos dados foi realizada de maio a agosto de 2015, sendo convidadas todas as famílias de pessoas que haviam realizado cirurgia de colostomia decorrente de câncer nesse período.

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas, as quais foram realizadas após a cirurgia. Na primeira etapa, foi realizada uma entrevista com as famílias durante a internação, com o objetivo de identificar o conhecimento prévio em relação à colostomia e seus cuidados. Após a entrevista, os participantes foram convidados a assistir ao vídeo educativo. O vídeo, com tempo de duração de 8 minutos e 35 segundos, constituiu-se de cenas de alguns cuidados básicos com a bolsa e o estoma e depoimentos de uma pessoa com colostomia e seu

familiar. Foi disponibilizada uma cópia do vídeo em DVD para que os participantes pudessem assisti-lo novamente, caso desejassem, ou compartilhar com outros familiares.

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada até 30 dias após a alta hospitalar, no retorno para revisão cirúrgica, por meio de entrevista semiestruturada com as pessoas que assistiram ao vídeo educativo. Essa fase teve o intuito de conhecer as repercussões e as percepções quanto ao vídeo educativo.

Foram definidos como critérios de inclusão na primeira etapa: ter, no mínimo, duas pessoas da família para assistir ao vídeo no momento da intervenção, podendo uma ser o próprio paciente e a(s) outra(s) ser(em) considerada(s) membro da família, ser maior de 18 anos, o que confere idade legal para decidir pela participação no estudo, e apresentar condições físicas e cognitivas (capacidade de compreensão e de fala, ausência de dor ou de outros desconfortos). Como critério de exclusão definiu-se como parâmetro indivíduos com colostomias de origem não neoplásica.

A segunda etapa considerou os mesmos critérios da anterior e a necessidade de que os participantes tivessem assistido ao vídeo educativo. O recorte temporal estabelecido observou a implementação de cuidados com a colostomia no domicílio.

Os dados coletados foram submetidos à análise temática, tendo como base a proposta operativa¹⁰. Para isso, inicialmente, realizou-se a ordenação dos dados, que compreendeu a transcrição das entrevistas, a releitura e a organização do material. Nessa fase, procedeu-se à realização do mapeamento dos resultados obtidos e à leitura superficial do material produzido. A classificação dos dados deu-se após leituras exaustivas e atentas com anotações das primeiras impressões de acordo com o objetivo proposto. Os temas que configuraram as categorias foram elaborados mediante o agrupamento das partes semelhantes que estabeleciam conexões de sentidos entre si. Para organização dessa etapa, utilizou-se como estratégia o recorte e a cromatografia. Na análise final, buscou-se a compreensão e a interpretação dos dados com base na articulação entre estes e a literatura de cotejamento.

Durante a realização da pesquisa, os direitos dos participantes foram preservados, observando-se as orientações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos¹¹. O projeto foi analisado por Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado conforme Parecer nº 1077.729. Todas as pessoas assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, os participantes foram identificados por códigos para cada família (F1, F2, F3, sucessivamente), assim como para cada entrevistado (E1, E2, E3, sucessivamente), por exemplo: F1 – E1 (família 1 – entrevistado 1).

RESULTADOS

Dos participantes do estudo, 10 eram pessoas com colostomia e, 14, familiares. Ao analisar separadamente os indivíduos com colostomia, pôde-se evidenciar que houve predomínio de pessoas do sexo masculino (6), na faixa etária de 50 a 69 anos de idade (6). Em relação aos familiares, identificou-se que a maioria era do sexo feminino (13), na faixa etária de 40 a 60 anos de idade (10). No processo analítico foram elaboradas três categorias temáticas.

Categoria I – “Colostomia”: conhecimento prévio à intervenção

Os dados da pesquisa revelam que as famílias tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre a colostomia e seus cuidados antes de participarem da intervenção de enfermagem. As famílias relataram estar passando por um momento delicado, em que tudo era novo, referindo não conhecer e não ter tido contato prévio com uma pessoa que tivesse colostomia. A realização da cirurgia e a confecção do estoma colocam a família e o paciente em um contexto diferente ao vivido anteriormente, trazendo desafios e necessidades de aprender a lidar com algo que exige um novo modo de viver.

Constatou-se, por meio das falas, que, mesmo não tendo contato ou vivência com uma colostomia, os participantes expressavam o desejo de instruir-se em relação aos cuidados, porém como uma necessidade para depois da alta hospitalar.

Para nós tudo é novidade. É só o que eu vejo fazer aqui. (F7, E1)

Sabia que ele iria ter que usar, mas não sabia como a gente iria lidar. Vamos ter que aprender. Eu nunca lidei com ninguém assim, nunca vi. (F3, E2)

Em relação aos cuidados com a bolsa de colostomia, algumas famílias referem não ter conhecimento sobre como manuseá-la. Identifica-se, nas falas, o desconhecimento acerca de aspectos relacionados aos desvelos necessários com esse

recipiente, como a técnica adequada para realizar a troca e qual a posição correta para colar no abdome.

Como trocar a bolsa? Não sei nada. Eu nunca tive contato. Eu espero sair daqui sabendo como trocar. Porque eu não sei se eu vou ter coragem de trocar. (F5, E1)

A posição dela. Eu não sei por que colocaram assim. Ela pode ser colocada em várias posições? (F6, E1)

A execução dos procedimentos gera sentimentos de medo e insegurança, tanto para enfrentar e se adaptar ao novo contexto quanto para prestar os cuidados necessários em relação à colostomia. Por outro lado, as famílias demonstram estar cientes de que a cirurgia se faz necessária para a remoção do tumor, assim como entendem a respeito da consequente realização de uma colostomia. Fica expresso nas falas que as famílias sabiam que a colostomia era decorrente do diagnóstico de câncer colorretal e da necessidade de ressecção de parte do intestino.

O câncer em mim é no reto. Então tem que desviar, não pode deixar passar por ali porque pode raspar. É isso aí o problema. Tem que desviar. (F4, E1)

Foi retirado o tumor do intestino, fizeram um desvio, que ela irá ficar uns seis meses com aquela bolsinha. (F7, E2)

Outras famílias, no entanto, referem algum conhecimento em relação à colostomia e ao manejo com o estoma. Entre esses, destacam os cuidados com a pele, a limpeza da bolsa de colostomia e o seu tempo de durabilidade. Cabe ressaltar que essas informações foram adquiridas no pós-operatório, por meio da observação dos cuidados que os profissionais da saúde prestavam ao indivíduo com colostomia.

Não pode trocar muito seguido para não machucar a pele. Percebemos que precisa recortar o tamanho da bolsa, não deixar muito grande para o ácido não pegar na pele. (F4, E2)

Eu tiro as secreções, para não ficar pesado, que machuca, força a pele. Eles me deram um soro, aí eu tiro e boto soro ali e dou uma... com a mão assim, sabe (movimento de balançar), para tirar aquelas... (fezes) e aí fecho de novo. Tranquilo! (F7, E2)

Vale ressaltar que o fato de ter familiaridade com os cuidados prestados a uma pessoa com estoma intestinal confere

conhecimento e habilidades para lidar com a colostomia, favorecendo segurança e confiança. Nota-se que o enfrentamento desse processo, quando vivido anteriormente, torna-se menos complexo. A pessoa que já viveu essa experiência percebe a colostomia como uma maneira de proporcionar qualidade de vida e uma alternativa para seguir em frente.

Porque eu já cuidei várias vezes, então é normal, sabe? Na verdade, é qualidade de vida. Ainda bem que tem essa opção... (F8, E2)

Diante da situação que se apresenta, evidencia-se que as famílias necessitam instrumentalizar-se para potencializar o conhecimento prévio e as habilidades já adquiridas, direcionando-os para o processo de aceitação da nova condição, de conviver com o estoma e com os cuidados que ele demanda, favorecendo o retorno da independência e da autonomia.

Categoria II – “Aprendi com o vídeo”: repercussões após a intervenção de enfermagem

Considerando que o objetivo do vídeo educativo é promover a autonomia e o empoderamento do indivíduo com colostomia e de sua família em relação aos cuidados, após terem assistido à tecnologia educativa, buscou-se identificar como as pessoas perceberam o conteúdo assistido no contexto do cuidado.

Os participantes do estudo mencionaram que, por meio do vídeo, sentiram-se mais instrumentalizados para realizar a troca da bolsa de colostomia e tomar os cuidados necessários com o estoma nesse procedimento, ou seja, a importância do recorte adequado da bolsa ao tamanho do estoma, para evitar possíveis lesões na pele que o circunda. Em relação à durabilidade das bolsas, demonstram ter aprendido sobre o aspecto que elas apresentam quando devem ser substituídas.

Esvaziar eu aprendi com o vídeo. Eu tiro e coloco no vaso aqueles resíduos, faço de tudo para não encostar no vaso e limpo, bem limpinho. Cortar conforme o tamanho, não muito apertada para evitar machucar. Aprendi que só troca quando começa a apresentar problemas, descolar ou coisa parecida, dar vazamento. Quando tomar banho pode lavar direto. (F5, E1)

Fiz como no vídeo: eu usei luva. A gente recortou, tirou os excessos. Se fica uma pontinha, machuca! Só cola depois que limpou, porque tem que fazer a higiene de tudo e daí colar de novo a outra. (F3, E2)

Elas explicaram, mas não ia conseguir fazer sem ver como era. Aí eu lembrei do vídeo que mostrou como fazia. (F9, E2)

Outro aspecto refere-se à higienização da bolsa em situações fora do domicílio. A tecnologia educativa possibilitou às famílias a aprendizagem de maneira a facilitar quando o cuidado deve ser feito fora de casa, evitando constrangimentos na hora de realizar o esvaziamento da bolsa.

Que nem ela explicou ali no vídeo. Tem que levar um kit de limpeza, porque fica o cheiro no banheiro de onde a gente sai. Geralmente suja na volta do vaso... Então, a gente prepara um kit, com uma luva para limpar o vaso, com desinfetante para passar no banheiro... Tudo isso a gente aprendeu ali. (F5, E2)

Para sair, o que tem que levar? Isso eu achei que tem que saber! Agora eu sei, porque eu olhei. Acho que é bem mais fácil agora. A gente fica mais forte para lidar. (F6, E3)

Percebe-se que o vídeo educativo fortaleceu e encorajou os participantes a saírem de suas casas, por orientar como lidar com a colostomia e as possíveis adversidades fora de seus lares. Desse modo, identifica-se que a tecnologia educativa, de algum modo, contribuiu para desenvolver a autonomia para o cuidado e, por consequência, a segurança para viver com essa mudança corporal e de vida.

As manifestações das famílias indicam que o vídeo os ajudou a ver a colostomia com “outros olhos”; que o conteúdo apresentado contribuiu para deixá-los mais tranquilos e mais confiantes. Ao mencionar os depoimentos que compõem o vídeo, referem-se a ele como confortador, porque expressa, de outra forma, a realidade.

A partir dos depoimentos do vídeo, os participantes puderam ver que há outras pessoas que já enfrentaram esse mesmo processo. Essa constatação parece ter influenciado os entrevistados a não se perceberem únicos, vivendo uma realidade que não é somente deles. Saber que há mais pessoas que já passaram por essa experiência, ver a imagem de alguém com estoma e falando sobre como convive com a colostomia, que se adaptou e hoje vive bem, confere normalidade à situação.

Ajudou não só a fazer a limpeza, mas também psicologicamente, que a minha preocupação era de como eu iria usar essa bolsinha e como eu iria para algum lugar assim. No depoimento daquela senhora dá para ter uma vida normal, tranquila... sem problema nenhum aquilo! Era essa a minha preocupação! (F3, E1)

Mas para nós, que nem eu te disse, a tua autoestima levanta! Ver uma pessoa falando! Tu sabe que é um vídeo, mas é uma verdade! Me incentivou muito, porque a gente fica uma pilha de nervos, não tem quem não fique, não tem, não existe. Dá vontade de se encerrar num quarto e não sair mais. A mulher que deu a entrevista ali no vídeo te bota pra cima! Hoje eu saio e caminho lá na vila, graças a Deus. Me tranquilizou muito. (F5, E1)

O âmbito familiar foi outro contexto em que o vídeo educativo suscitou repercussões. Os depoimentos permitiram identificar que as famílias se reuniram para assistir ao vídeo novamente em casa, o que pode ter facilitado e auxiliado a comunicação entre eles. Pôde-se perceber que houve uma aproximação entre os membros da família, envolvendo-os no cuidado e mostrando a importância da união nessa experiência.

O guri do vídeo falou, acho que era o sobrinho, que estava toda a família cuidando da paciente. A mesma coisa que nós! (F9, E2)

Nós olhamos em casa também, com as crianças. A família... As crianças... É um grude! E com essa doença a gente se agarra mais, se une mais. (F5, E1)

Constata-se que o vídeo educativo, por apresentar imagens e sons, facilita tanto o aprendizado das famílias quanto a sua memorização. Fica evidente que ao realizar o cuidado os participantes se lembraram das imagens do vídeo, o que os ajudou a executar a troca da bolsa e realizar os cuidados que a estomia demanda. Referem, também, que ao olhar o vídeo conseguiram entender melhor o que tinham de fazer para pôr em prática o cuidado com a colostomia, o que os deixa mais independentes e confiantes.

Categoria III – “O vídeo é válido sim!”: percepções das famílias em relação ao vídeo educativo

Percebe-se a utilização do vídeo educativo como uma estratégia válida para orientar as famílias no cuidado e no manejo da colostomia. Ele é percebido como esclarecedor, uma vez que, por meio de imagens, orienta quanto à limpeza e quanto aos cuidados que a bolsa demanda, auxiliando também na elucidação de dúvidas que as famílias

apresentam. Ainda, por meio dos depoimentos, percebe-se que o vídeo serviu como uma ferramenta que proporcionou, de certo modo, tranquilidade, pois conseguiu retratar de forma eficaz a nova realidade de vida do paciente, ajudando a família a ver esse ciclo de uma forma mais compatível com o antigo cotidiano.

É, ajudou muito! A nós ele ajudou muito! Aquele vídeo foi importante para nós, principalmente porque aquela bolsa é um troço estranho no corpo. Como é que eu vou te dizer... A gente aprendeu e viu que o troço não é tudo aquilo! Me ajudou muito (F5, E1)

O vídeo em si é muito importante, é muito bom. Foi bem esclarecedor, não ficou nada de dúvida. O vídeo esclarece muito, esclarece muitas dúvidas que a gente tem. De limpeza, de tudo, como é que faz. Até os parentes ali ajudando... Olha, o vídeo achei muito importante. O que foi colocado ali foi uma educação. (F2, E1)

Por mais que tenham entendido a tecnologia educativa como positiva, os participantes consideraram que o vídeo poderia apresentar algumas modificações, caso fosse reeditado. Considerou-se como sugestão apresentar uma pessoa com um estoma em fase inicial, logo após a cirurgia, estando assim mais próxima da realidade das famílias entrevistadas. Sugeriu-se a participação de um “ator” mais jovem, como um fator de motivação, uma vez que essa realidade não é exclusiva de pessoas com idade avançada.

O dela já está cicatrizado, né? Não digo mudar, digo acrescentar... Colocar mais no início, depois da cirurgia. (F3, E1)

Uma pessoa mais nova, de repente, também poderia fazer o vídeo. Mais jovem, né? Porque daí já é mais um incentivo. A pessoa é uma senhora mais de idade. (F5, E2)

Outro aspecto apresentado refere-se à percepção do vídeo como idealizador, omitindo as dificuldades presentes nessa experiência e supervalorizando a superação. Entretanto, ponderam que a opção por não apresentar as dificuldades pode ser benéfica, pois a realidade, por si, revela os desafios do conviver com a colostomia e com o adoecimento. Assim, incluir as dificuldades poderia suscitar apreensão a quem fosse assistir ao vídeo, estimulando sentimentos de insegurança e medo.

O vídeo mostra só a facilidade. Não mostra trauma nenhum. Mostra só a parte boa, mais fácil, embora seja difícil. Não é fácil a convivência com essa situação! Mas eu não acrescentaria isso, porque senão seria muito ruim. Tu já ia ficar mais temeroso para a realidade. Assim não. Na prática tu aprendes e aí se torna tranquilo! (F4, E3)

Considera-se que a tecnologia desenvolvida foi importante para as famílias, uma vez que teve um papel educativo e colaborou para o desenvolvimento de habilidades que facilitaram a autonomia. O vídeo educativo também contribuiu para que mudassem a visão que tinham sobre o que é ser uma pessoa com colostomia, conseguindo conviver com a nova condição e aceitar que é possível ter uma vida normal.

DISCUSSÃO

Pelos resultados obtidos, pôde-se constatar que muitas famílias desconhecem os aspectos relacionados ao estoma, à colostomia e aos cuidados por ocasião da cirurgia, mesmo já estando no pós-operatório. Alguns estudos têm discutido acerca do momento em que as orientações a pacientes e familiares têm sido realizadas e o quanto elas conseguem ser efetivas como processo educativo e fonte de aprendizagem, pois, muitas vezes, as pessoas implicadas estão preocupadas com outras demandas e não conseguem absorver o que é transmitido¹².

Um estudo que buscou descrever o uso de uma tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem na área materno-infantil identificou que as mães desconheciam o tratamento utilizado e, em consequência, vinha a negação dele e uma impressão distorcida sobre o mesmo¹³. Pode-se projetar esse fato para o presente estudo, uma vez que nesta pesquisa os participantes que informaram desconhecimento em relação à colostomia e ao seu manuseio manifestaram sentimentos de medo e insegurança diante da necessidade de prestar os cuidados que a estomia demanda.

Embora tendo referido pouco ou nenhum conhecimento em relação aos cuidados com o estoma, as famílias demonstraram reconhecer que o familiar estava se submetendo a um processo cirúrgico para retirada de um tumor. Situação similar foi encontrada em pesquisa que identificou que, quando indagados sobre o que sabiam em relação aos seus estomas, os participantes referiam conhecimentos precários, limitando-se ao procedimento cirúrgico¹⁴.

O conhecimento é o ato ou efeito de conhecer, de ter competência ou sabedoria em relação a um assunto ou a um fato¹⁵. O ato de conhecer, ou seja, de inteirar-se traz empoderamento e faz com que os sujeitos busquem tornar-se autônomos e independentes diante de suas necessidades. Neste estudo, as famílias, após participarem da intervenção de enfermagem por meio do vídeo educativo, puderam ampliar sua compreensão em relação aos cuidados básicos com a estomia, o que contribuiu para que elas pudessem desenvolver algumas habilidades e, conseqüentemente, se sentissem mais seguras para manusear a bolsa de colostomia, em um primeiro momento. Nessa perspectiva, estudo que implementou um plano de ensino para autoirrigação da colostomia concluiu que a estratégia educativa utilizada possibilitou conhecimento aos participantes, pois eles aprenderam a utilizar essa técnica, o que permitiu uma melhora na qualidade de vida¹⁶.

Pôde-se apreender que a intervenção de enfermagem por meio do vídeo educativo apresenta-se como um recurso que contribui para a aprendizagem de quem o assiste. Essa intervenção de enfermagem, especificamente, desempenha um papel educativo e reflexivo que incentiva a autonomia e fortalece para a reinserção social. A educação em saúde é uma prática social que visa contribuir para a formação de um pensamento crítico nas pessoas para que, por meio disso, consigam transformar a realidade em que vivem e solucionar os seus problemas¹⁷.

A implementação do vídeo educativo repercutiu positivamente no enfrentamento da doença, na autoestima, nos cuidados com a colostomia e na família. Em uma pesquisa que, a partir de uma tecnologia educativa, analisou as mudanças ocorridas no estilo de vida de trabalhadores na prevenção de fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica, constatou-se que a estratégia utilizada proporcionou mudanças não só nessa forma de viver, mas também motivação para mantê-las e inserir outras que fossem necessárias¹⁸. Esse resultado reforça as evidências encontradas neste estudo, corroborando para reafirmar que a repercussão da tecnologia educativa por meio do vídeo pode ser útil para a promoção da saúde, a instrumentalização do cuidado e a melhoria da qualidade de vida, tanto do paciente quanto de sua família.

Em relação à repercussão que o vídeo educativo proporcionou para a melhora da autoestima, principalmente da pessoa portadora do estoma, destacam-se os resultados obtidos em estudo que também utilizou uma

tecnologia educativa, por meio de um plano de ensino, e identificou redução de problemas emocionais, sociais e físicos de seus participantes. Os autores ainda enfatizam que a participação dos familiares foi fundamental, uma vez que o apoio da família traz incentivo e reduz a insegurança e a ansiedade¹⁶.

No contexto familiar, os resultados apontam que a tecnologia educativa se mostrou eficaz também para promover a integração familiar, pois o ato de assistir ao vídeo em casa, possibilitando a participação de outros membros da família, favoreceu a união nesse momento, estimulando a comunicação entre os familiares. O vídeo, nessa perspectiva, apresenta potencial para ser um dispositivo promotor da comunicação no ambiente familiar. Assim, considerando que a confecção do estoma e o diagnóstico de câncer produzem uma profunda repercussão na vida de todos da família, estabelecer um diálogo aberto⁶ sobre a situação poderá ajudar na mobilização de forças para o enfrentamento da situação e a tomada de decisões.

O uso de ferramentas tecnológicas tem se apresentado na literatura como um importante recurso para apoio às famílias cuidadoras em diferentes contextos e como forma de qualificar o cuidado prestado. Nesse sentido, estudo que buscou descrever a efetividade de um vídeo para os cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas destaca, contudo, que o uso dessa tecnologia requer, muitas vezes, um processo de acompanhamento para verificar a apropriação dos conteúdos e a aquisição de habilidades¹⁹.

No fazer da enfermagem, a utilização de tecnologias aperfeiçoa a prática do cuidado, tanto nas atividades assistenciais quanto nas relações interpessoais estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar²⁰. O uso de recursos audiovisuais para ações de educação em saúde torna esse processo mais dinâmico e interativo, pois exige imaginação e criatividade por parte dos enfermeiros e permite a identificação de quem o assiste com as situações vivenciadas¹⁹. O emprego das tecnologias ocorre de forma variada no cotidiano assistencial, podendo ser influenciadas de acordo com os significados que são atribuídos a elas na sua utilização como ferramenta do cuidado²⁰. O desenvolvimento de recursos e de avanços tecnológicos que trabalhem em relação às doenças é necessário para que um número maior de pessoas possa ter acesso às informações^{19,21}.

Nesse contexto, destaca-se a importância de estudos nessa área, para que o enfermeiro possa desenvolver estratégias

de educação em saúde com o objetivo de orientar e propor formas de adaptação diante de possíveis dificuldades, minimizando, então, potenciais riscos à saúde²². Dessa forma, percebe-se a importância de inclusão de materiais educativos validados e avaliados na prática clínica, pois esses servem como um complemento das orientações realizadas pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde, servindo como suporte de orientação e esclarecimento, contribuindo, assim, para a promoção da saúde do paciente²³.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que o objetivo de implementar e avaliar as repercussões de uma intervenção de enfermagem, realizada por meio de um vídeo educativo para famílias de pessoas portadoras de colostomia por câncer, foi alcançado. A estratégia de utilizar o vídeo educativo no pós-operatório, antes da alta hospitalar, foi considerada válida pelos participantes do estudo, mostrando-se esclarecedora e de aplicabilidade prática nesse contexto.

O vídeo tem potencial para ajudar em relação à aprendizagem dos cuidados com a colostomia, aos aspectos emocionais e também na comunicação entre os familiares. Contudo, sugere-se a realização de possíveis readaptações em estudos posteriores desenvolvidos nesse contexto, acrescentando-se aspectos relativos às particularidades inerentes, como, por exemplo, os tipos de estomas intestinais e o processo de evolução.

Como limitação da pesquisa destaca-se a opção metodológica utilizada no estudo, que não considerou as possíveis estratégias de orientações utilizadas pelos enfermeiros do campo hospitalar no preparo para a alta. Nesse sentido, entende-se que a realização de estudos com outras perspectivas metodológicas possa contribuir para avaliar a validade do vídeo utilizado.

Conclui-se que o vídeo educativo utilizado nesta pesquisa é válido para ilustrar e complementar as orientações de enfermagem às famílias que vivenciam situações de um familiar com colostomia decorrente de câncer. Por ser um recurso simples, de baixo custo, fácil implementação e compreensão, não necessita, necessariamente, da presença de um profissional para explicá-lo. Considera-se que sua utilização na prática clínica é aconselhável por apresentar benefícios para as pessoas que assistirem ao vídeo.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro CO, Muniz RM, Furtado SMSR, Viegas AC, Amaral DED. Descobrir o mundo estomizado: vivência das pessoas com o dispositivo. *Rev Estima* [Internet]. 2015 [citado em 1 jun. 2016];13(1). Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/100>
- Salci MA, Marcon SS. A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [citado em 18 jun. 2016];31(1):18-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100003
- Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.
- Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2012 [citado em 13 jun. 2016];3(1):12-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/213/134>
- Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussions in the living process of people with stomas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 25 jun. 2016]; 25(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100317&lng=pt&nrm=iso
- Wright LM, Watson WL, Bell JM. The family nursing unit: a unique integration of research, education and clinical practice. In: Bell JM, Watson WL, Wright LM, editors. *The cutting edge of family nursing*. Calgary, Alberta, Canada: Family Nursing Unit Publications; 1990.p. 95-109.
- Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá; 2014.
- Stamm B, Rosa BVC, Begnini D, Girardon-Perlini NMO. Intervenções de saúde com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2014 [citado em 24 jun. 2016];8(Suppl. 3):4139-49. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10153/10670>
- Rosa BVC. Desenvolvimento e validação de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet]. 13 jun. 2013 [citado em 25 jun. 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Bezerra IM. Assistência de enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- Campos ACS, Cardoso MVLML. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [citado em 10 nov. 2015];17(1):36-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/04.pdf>
- Castro AB, Benício CDAV, Carvalho DC, Monte NF, Luz MHBA. Conhecimentos e práticas de pessoas estomizadas: um subsídio para o cuidar em enfermagem. *Rev Estima* [Internet]. 2014 [citado em 11 jan. 2016];12(4):21-8. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/98>
- Dicionário Aurélio de Português Online. Significado de Cuidado [Internet]. 2008 [citado em 11 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/cuidado>
- Costa IG, Maruyama SAT. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a autoirrigação de colostomia: estudo de caso. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2004 [citado em 11 jun. 2016];12(3):557-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300015
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I. Brasília: Funasa; 2007.
- Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [citado em 12 jun. 2016];17(1):90-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/10.pdf>
- MartínezMVR, SilvaSLC. El video como soporte social a cuidadores de personas con enfermedad crónica, Girardot 2010. *Av Enferm* [Internet]. 2015 [citado em 4 jan. 2016];33(2):199-208. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200002
- Nietsche EA, Lima MGR, Rodrigues MGS, Teixeira JA, Oliveira BNB, Motta CA, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UFMS*. Santa Maria, [Internet]. 2012 [citado em 25 jun. 2016];2(1):182-9. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3591/3144>
- Moreira CBM, Bernardo EBR, Catunda HLO, Aquino OS, Santos MCL, Fernandes AFC. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. *Rev Bras. Cancerol* [Internet]. 2013 [citado em 11 jun. 2016];59(3):401-7. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/10-artigo-construcao-video-educativo-sobre-deteccao-precoce-cancer-mama.pdf
- Silva DF, Santo FHE. O desafio do autocuidado para pacientes oncológicos estomizados. *Rev Estima* [Internet]. 2014 [citado em 11 jan. 2016];12(2):28-34. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/91>
- Sousa CS. Educação pós-operatória: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

Impacto da avaliação de risco para úlcera por pressão na adesão da equipe a medidas preventivas recomendadas

Impact of pressure ulcer assessment risk in the team's adherence to recommended preventive measures

Impacto de la evaluación de riesgos de úlceras de presión en la adherencia del equipo en las medidas preventivas recomendadas

Lourdes Aparecida de Castro¹, Gisela Maria Assis²

RESUMO

Introdução: As escalas de predição de risco são amplamente recomendadas para que os protocolos de prevenção de úlceras por pressão sejam aplicados de acordo com o grau de risco do paciente. Objetivo: Avaliar se a implementação da avaliação de risco por meio da escala de Braden influencia na adesão às medidas de prevenção pela equipe de enfermagem. Método: Foi aplicado um *checklist* com as principais medidas de reposicionamento e conforto recomendadas, antes e depois da implementação da avaliação de risco em um centro de terapia intensiva. Resultados: A adesão foi significativa para elevação de calcâneos, uso de travesseiros, orelhas livres de pressão e fixação de cateteres. A elevação de cabeceira menor que 45° e o uso de colchões especiais apresentaram piora estatisticamente significativa. De maneira geral, os dados isolados por turno influenciaram no resultado geral, com algumas exceções, por exemplo o reposicionamento dos pacientes em até 3 horas não apresentou alteração na avaliação geral antes e após a implantação da avaliação de risco, no entanto, uma das equipes do noturno apresentou uma queda importante no percentual de adesão. Conclusão: Conclui-se que a avaliação de risco por meio da Escala de Braden influencia na adesão às medidas de prevenção pela equipe de enfermagem, porém, observou-se também que outros fatores interferem nesses resultados, tanto positiva como negativamente.

DESCRITORES: Úlcera por pressão. Fatores de risco. Educação em saúde. Estomaterapia.

ABSTRACT

Introduction: Risk prediction scales are widely recommended for the pressure ulcers prevention protocols to be applied according to the patient's degree of risk. Objective: To assess whether the implementation of risk assessment through the Braden scale influences on adherence to preventive measures by the nursing staff. Method: A checklist with key repositioning and comfort recommended measures was applied before and after the risk assessment implementation in an intensive care unit. Results: The adherence was significant for lifting heels, use of pillows, unpressurized ears and fixing catheters. The bedside elevation lower than 45° and the use of special mattresses worsened statistically significant. In general, the isolated data per turn influenced the overall result, with some exceptions, such as: the repositioning of patients within 3 hours showed no change in the overall assessment before and after the implementation of risk assessment, however, one of the nocturne teams showed a significant drop in the percentage of adherence. Conclusion: The conclusion is that the assessment of risk through the Braden scale influences the nursing staff adherence to prevention actions, but it was observed that other factors affect these results, both positively and negatively.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Risk factors. Health education. Stomatherapy.

¹Residente Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Programa em Urgência e Emergência do Complexo Hospitalar de Clínicas Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

²Enfermeira Estomaterapeuta TISOBEST; Coordenadora da Comissão de Cuidados com a Pele do Complexo Hospitalar de Clínicas da UFPR – Curitiba (PR), Brasil. Endereço para correspondência: Rua General Carneiro, 181, Alto da Glória – CEP: 80060-900 – Curitiba (PR), Brasil. E-mail: giassis83@gmail.com
Artigo recebido em: 01/03/2015 – Aceito para publicação em: 28/03/2016

RESUMEN

Introducción: Las escalas para la predicción de riesgo son ampliamente recomendadas para que los protocolos de la prevención de úlceras por presión sean aplicados de acuerdo con el grado de riesgo del paciente. **Objetivo:** Evaluar si la aplicación de la evaluación de riesgos por medio de la escala de Braden tiene una influencia en la adhesión a las medidas preventivas por parte del equipo de Enfermería. **Método:** Una lista de verificación fue aplicada a las principales medidas de recolocación y del conforto recomendadas antes y después de la implementación de la evaluación de riesgos en una unidad de cuidados intensivos. **Resultados:** El cumplimiento fue significativo para la elevación de los talones, uso de las almohadas, orejas sin presión y catéteres de fijación. La elevación de cabecera menor que 45° y el uso de colchones especiales tuvieron un empeoramiento estadísticamente significativo. En general, los datos aislados influyeron en el resultado global, con algunas excepciones, como el reposicionamiento de los pacientes dentro de tres horas que no mostró cambio en la evaluación general antes y después de la aplicación de la evaluación de riesgos, sin embargo, uno de los equipos de período nocturno presentó una caída significativa en el porcentaje de adherencia. **Conclusión:** La evaluación del riesgo a través de la escala de Braden influye en el número de miembros del personal de enfermería para la prevención, pero se observaron también otros factores que afectan a estos resultados, tanto positiva como negativamente.

DESCRIPTORES: Úlcera por presión. Factores de riesgo. Educación en salud. Estomatoterapia.

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de cisalhamento. A sua classificação é composta por categorias que variam de I a IV, de acordo com as camadas de tecidos acometidas, além de UP inclassificáveis e suspeita de lesão tissular profunda¹.

A suscetibilidade individual para o desenvolvimento de UP depende da atuação de fatores extrínsecos (pressão, fricção, cisalhamento e umidade) que se conjugam com as alterações da perfusão tecidual resultantes de fatores intrínsecos (imobilidade, alterações da sensibilidade, incontinência urinária/fecal, alteração do estado de consciência, má perfusão/oxigenação tecidual, estado nutricional)².

Os fatores de risco intrínsecos são inerentes ao indivíduo, ou seja, relacionam-se ao estado físico do paciente. Os principais integrantes desse grupo são imobilidade, presença de incontinência urinária e/ou fecal, alterações na perfusão sanguínea da pele e presença de doenças neurológicas².

O desenvolvimento de UP dificulta o processo funcional de recuperação, além de causar dor e resultar muitas vezes em graves infecções, podendo em casos mais graves ser a causa de quadros de seps e aumento das taxas de mortalidade^{3,4}. Resulta também em custo elevado à instituição e aumento de carga de trabalho diária da equipe de enfermagem^{5,6}.

A incidência de UP é um importante indicador de qualidade assistencial na enfermagem, permitindo, assim,

a análise dos casos referentes aos pacientes mais suscetíveis, da sua distribuição e dos locais mais frequentes. Tal indicador auxilia na orientação de medidas preventivas, orienta o planejamento e as ações educativas⁷.

No Brasil, estudo realizado em hospital geral universitário evidenciou 39,81% de incidência de UP. Estudos em unidade de terapia intensiva estimaram incidências de UP de 10,6 a 62,5%⁸.

Pesquisas demonstram a importância de reduzir a incidência de UP atuando na identificação dos fatores de risco, aplicação de medidas preventivas e educação permanente da equipe multiprofissional⁹.

A fim de garantir a segurança dos pacientes em instituições de saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), sob Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, lançando juntamente à sua instituição, protocolos de prevenção de incidentes, dentre eles as UP¹⁰. Dentre as medidas citadas no protocolo estão: avaliação dos pacientes em risco, manejo do estado nutricional, inspeção e avaliação diária da pele, manejo da umidade e redistribuição da pressão³.

No Brasil, a escala de Braden foi traduzida e validada para a língua portuguesa, sendo a mais bem definida operacionalmente, com alto valor preditivo para o desenvolvimento de UP, permitindo uma avaliação dos vários fatores relacionados à sua ocorrência. Sua aplicação exige do avaliador um exame detalhado das condições do estado do paciente, utilizado para avaliação de risco de UP em pacientes adultos¹¹.

Lobosco et al.¹² ressaltam que é função da enfermagem estabelecer metas, utilizar escalas preditivas de avaliação de

risco e implantar medidas de prevenção e tratamento das UP através da utilização de seus conhecimentos específicos, estabelecendo um processo avaliativo contínuo, preservando então a integridade da pele do paciente.

Diante do conhecimento a respeito da efetividade das medidas de prevenção para UP e da capacidade preditiva da escala de Braden para identificar pacientes em risco e direcionar as medidas, buscou-se avaliar o impacto causado pela avaliação diária de risco de pacientes críticos, na adesão da equipe de enfermagem para aplicação de medidas de prevenção a pacientes em risco.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa. Realizada em um centro de terapia intensiva (CTI) de um hospital universitário da cidade de Curitiba, Paraná, sendo que os dados foram coletados no período de 16 a 18 de novembro do ano de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (Parecer nº 45141415.0.0000.0096) e todos os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram devidamente seguidos.

A instituição onde o estudo foi realizado conta com uma Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) que tem, entre suas atividades, auditorias periódicas para avaliação da aplicação das medidas de prevenção. Esses dados foram coletados por meio de *checklists* contendo as principais medidas de prevenção recomendadas pelo *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP/NPUAP), que são preenchidos informando se cada medida está ou não aplicada adequadamente em cada um dos pacientes com mobilidade reduzida.

Para obtenção dos dados de aplicação das medidas anteriores à implantação da avaliação diária de risco foram utilizados dados tabulados pela CCP. De posse dos dados a autora do estudo realizou uma capacitação com todos os enfermeiros do CTI, sanando dúvidas em relação à aplicação da escala de Braden para avaliação de risco. Ficou acordado que a partir da capacitação, além dos pacientes serem avaliados diariamente por um enfermeiro quanto ao risco para UP, pela escala de Braden, os pacientes de alto risco teriam a porta de seus boxes sinalizados, a fim de alertar a equipe para a aplicação das medidas de prevenção.

Depois de transcorridos 30 dias com a nova rotina estabelecida, a autora do estudo realizou a auditoria de aplicação das medidas preventivas. Essa auditoria foi realizada em todos os boxes do CTI, e repetidos em todos os turnos, sendo manhã, tarde e três noites, por possuírem equipes distintas.

As medidas preventivas avaliadas na auditoria foram: reposicionamento do paciente em até 3 horas, lateralização menor que 90°, elevação de cabeceira com angulação menor do que 45°, calcâneos livres com uso de apoio sob as panturrilhas, uso de travesseiro para apoio da cabeça, orelhas livres de pressão, uso de colchão especial e fixação correta de cateteres. Para avaliação do reposicionamento, a pesquisadora voltava nos boxes três horas depois da primeira avaliação para ver se a posição inicial havia sido alterada.

Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel e analisados estatisticamente pelo programa IBM SPSS Statistics v.20.0. Foram comparados os dados de percentual de adesão já existentes com os novos dados coletados após implementação sistematizada da avaliação de risco. Os resultados obtidos para cada variável foram descritos por frequências e percentuais. Para as comparações entre as avaliações pré e pós-implantação da avaliação de risco e comparações entre turnos foi considerado o teste do χ_2 ou o teste exato de Fisher, sendo que valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADOS

O número de avaliações realizadas foi de 68. Conforme demonstrado na Tabela 1, não houve diferença estatisticamente significativa para reposicionamento dos pacientes anterior e posteriormente à implantação da avaliação de risco. A lateralização dos pacientes em um ângulo menor do que 90° se manteve inalterada, porém, vale ressaltar que apenas em 17 das 68 avaliações os pacientes se encontravam em decúbito lateral. O que dificultou a aplicação de testes estatísticos.

As medidas preventivas que apresentaram sua adesão aumentada, com significância estatística, após a implantação da avaliação de risco foram: elevação dos calcâneos com apoio sob as panturrilhas, uso de travesseiros na cabeça ao invés de lençóis ou cobertores dobrados, orelhas livres de pressão do cadarço de fixação do tubo orotraqueal e fixação de cateteres vesicais e nasogástricos ou enterais.

A elevação de cabeceira com uma elevação menor do que 45° e o uso de colchões especiais (pneumáticos ou colchão piramidal) foram itens que apresentaram piora da primeira para a segunda avaliação, com significância estatística.

A Tabela 2 demonstra que equipes de alguns turnos apresentaram resultados estatisticamente significativos em determinadas medidas de prevenção isoladamente. De maneira geral, os dados isolados por turno influenciaram nos resultados gerais. Porém, vale observar que alguns turnos destoaram dos resultados gerais, por exemplo, o reposicionamento dos pacientes em até 3 horas não apresentou alteração na avaliação geral antes e após a implantação da avaliação de risco, no entanto, uma das equipes do noturno apresentou uma queda significativa no percentual de adesão.

Apesar do combinado com as equipes de que os pacientes que pontuassem como alto risco para UP fossem sinalizados na porta do box como risco para UP, observou-se que apenas

11 leitos avaliados estavam sinalizados, embora diversos dos não sinalizados tivessem pontuado como alto risco.

Avaliou-se se a sinalização do box influenciou na aplicação das medidas de prevenção, ou seja, se os pacientes sinalizados como estando em risco receberam mais medidas preventivas do que os não sinalizados. A Tabela 3 demonstra que apenas para o item elevação de calcâneo a sinalização do box apresentou influência na adesão.

DISCUSSÃO

A assistência direta embasada na prevenção e no tratamento de UP tem a enfermagem como grande responsável⁴. O aumento no percentual de adesão da equipe às medidas preventivas demonstrou ser significativo em alguns dos itens avaliados, conforme apresentado anteriormente nos resultados.

Tabela 1. Percentual de adesão às medidas de prevenção para úlceras por pressão antes e depois da implantação da avaliação de risco pela escala de Braden. Curitiba, PR, 2015.

Medidas de prevenção	Pré-implantação da avaliação de risco (%)	Pós-implantação da avaliação de risco (%)	Valor p
Reposicionamento	53,8	42,6	0,226
Lateralização <90°	100,0	100,0	1,000
Elevação de cabeceira <45°	100,0	84,6	0,002
Calcâneos livres	27,7	48,5	0,020
Uso de travesseiro	32,3	73,5	<0,001
Orelhas livres de pressão	56,9	91,0	<0,001
Uso de colchão especial	35,4	1,5	<0,001
Cateteres bem fixados	26,2	60,6	<0,001

Para as comparações entre as avaliações pré e pós-implantação da avaliação de risco foi considerado o teste do χ^2 ou o teste exato de Fisher, sendo que valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

Tabela 2. Percentual de adesão às medidas de prevenção para úlceras por pressão antes e depois da implantação da avaliação de risco, pela escala de Braden, categorizadas por turno de trabalho. Curitiba, PR, 2015.

Item avaliado	Manhã		Tarde		Noite 1		Noite 2		Noite 3	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Reposicionamento	53,9	46,2	42,9	50,0	71,4	50,0	72,7*	23,1*	30,8	42,9
Elevação de cabeceira <45°	100,0	92,3	100,0	100,0	100,0	92,9	100,0	69,2	100,0	71,4
Calcâneos livres	38,5	38,5	14,3*	64,3*	28,6	28,6	18,2	53,9	38,5	57,1
Uso de travesseiro	38,5*	84,6*	50,0	71,4	21,4*	71,4*	27,3	69,2	23,1*	71,4*
Orelhas livres de pressão	46,2	84,6	42,9*	92,3*	71,4	85,7	63,6*	100*	61,5	92,9
Uso de colchão especial	38,5*	0,0*	35,7	7,1	35,7*	0,0*	36,4*	0,0*	30,8*	0,0*
Cateteres bem fixados	30,8	61,5	21,4	58,3	28,6	57,1	27,3	69,2	23,1	57,1

Os valores estão expressos em %; *valores com significância estatística na diferença nos dados pré e pós-implantação da escala de Braden. Para as comparações entre turnos foi considerado o teste do χ^2 ou o teste exato de Fisher, sendo que valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

Lobosco et al.¹² ressaltam que é função da enfermagem estabelecer metas, utilizar escalas preditivas de avaliação de risco e implantar medidas de prevenção e tratamento das UP através da utilização de seus conhecimentos específicos, estabelecendo um processo avaliativo contínuo, preservando então a integridade da pele do paciente.

Quanto à adesão das equipes no item reposicionamento, observou-se redução da adesão quando comparado ao período anterior à implantação da avaliação de risco, embora essa redução não tenha atingido significância estatística. Pensa-se que essa redução pode ser atribuída ao fato do período pós-implantação da avaliação de risco coincidir com uma fase institucional de entrada de novos profissionais de nível médio e certa desmotivação da equipe pela necessidade de transferência pela substituição de auxiliares por técnicos de enfermagem nesse serviço.

O EPUAP/NPUAP¹ enfatiza que todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada duas horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. Ressalta ainda que esse tempo estimado em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal. O tempo de intervalo utilizado neste estudo para o reposicionamento dos pacientes foi de três horas, dando com isso uma hora de tolerância em caso de intercorrência que impedisse o reposicionamento em duas horas.

Segundo o Protocolo do Ministério da Saúde³, o principal objetivo na prevenção de UP está associado à redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas. O reposicionamento dos pacientes em risco para desenvolvimento de UP é fator determinante para aliviar a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo assim o surgimento das lesões.

Quanto à angulação de lateralização e elevação de cabeceira, o *guideline* utilizado como referência apresenta que o ideal é uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), bem como elevação de cabeceira de até 30°¹. Quando analisado globalmente, observa-se uma adesão de 100% na lateralização com angulação menor do que 90°, porém, nenhuma significância estatística, uma vez que apenas 17 pacientes estavam em decúbito lateral durante as avaliações, reforçando a falha de reposicionamento.

Diante de um percentual de piora significativa no uso de colchões e elevação de cabeceira menor do que 45° graus, supõe-se novamente a atuação de outros fatores nos resultados finais. Ressalta-se novamente a situação institucional do momento e cita-se que durante a implantação da avaliação de risco, diversos colchões pneumáticos antes disponíveis deixaram de funcionar devido a furos e falha técnica, e que a engenharia clínica e a manutenção do hospital não estavam aceitando os mesmos para conserto. Sendo assim, pode-se dizer que a disponibilidade de recursos materiais influenciou diretamente nos resultados.

O EPUAP/NPUAP recomenda elevar a cabeceira da cama no máximo em 30°, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente pode escorregar no leito, ocasionando fricção, cisalhamento e aumento da pressão no sacro e no cóccix⁵.

O protocolo do Ministério da Saúde³ diz que, apesar de ocorrer a redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de pneumonia associada à ventilação (PAV). Diante do exposto, considerando as características dos pacientes internados nos locais de

Tabela 3. Percentual de adesão a medidas de prevenção de úlceras por pressão pela equipe de enfermagem, anteriormente e após a implantação diária de avaliação de risco pela escala de Braden, sem sinalização de risco e com sinalização de risco. Curitiba, PR, 2015.

Item avaliado	Sem sinalização de risco (%)	Com sinalização de risco (%)	Valor p
Reposicionamento	47,4	18,2	0,100
Elevação de cabeceira <45°	83,3	90,9	1,000
Calcâneos livres	42,1	81,8	0,021
Uso de travesseiro	70,2	90,9	0,265
Orelhas livres de pressão	91,1	90,9	1,000
Uso de colchão especial	1,8	0,0	1,000
Cateteres bem fixados	57,1	80,0	0,293

Para as comparações entre as avaliações foi considerado o teste do χ^2 ou exato de Fisher, sendo que valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

estudo, optou-se por orientar a elevação de cabeceira menor do que 45°. Lembrando que o envolvimento da equipe de enfermagem na prevenção da PAV pode ter influenciado na não adesão, além de haver uma equipe multiprofissional não completamente capacitada na prevenção de UP na rotina diária do tratamento desses pacientes, sendo que seus aspectos clínicos são avaliados separadamente.

Tratando-se ainda de mobilidade do paciente, se essa se encontra comprometida e a pressão não está redistribuída, a circulação pode ser diretamente afetada, levando ao surgimento de UP. Por isso é recomendada a utilização de superfícies de apoio específicas (como colchões e travesseiros), pois redistribuem a pressão que o corpo exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos³.

O EPUAP/NPUAP¹ recomenda o uso de uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver UP, principalmente quando não é possível o reposicionamento manual pela equipe de enfermagem, pois isso pode auxiliar na distribuição de carga.

Em relação à prevenção de UP nos calcâneos, de acordo com o *Institute for Healthcare Improvement*¹³, os materiais utilizados na prevenção de UP devem ser elevados de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. É importante utilizar a almofada ou travesseiro sob panturrilhas, a fim de elevar completamente os calcâneos e mantê-los suspensos. Os resultados apresentaram significância estatística positiva, exceto no período da manhã e noite 1, onde mantiveram-se inalterados. Esse item apresentou relação direta com a sinalização de risco fixada nos leitos dos pacientes.

O Ministério da Saúde dispõe que é de grande importância o uso de travesseiros, pois quando utilizados de forma apropriada podem expandir a superfície que suporta o peso e, além disso, podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão.

É citado pelo Ministério da Saúde³ que travesseiros são de fácil acesso, e nas unidades onde foi realizado o estudo foram encontrados disponíveis para todos os leitos do CTI durante o período da realização da pesquisa, o que pode ter influenciado positivamente nos resultados encontrados, demonstrando novamente a influência de recursos materiais.

No item orelhas livres de pressão, foram avaliados todos os dispositivos que viessem a causar algum tipo de pressão, como por exemplo o cateter de oxigênio, cadarço de fixação para névoas e tubo endotraqueal. Vale ressaltar que o fato de existirem formas alternativas disponíveis no serviço (utilização de eletrodos sob o cadarço) para fixação dos dispositivos citados,

o percentual de adesão a tal medida preventiva apresentou aumento expressivo, o que impactou tanto nos resultados globais quanto nos analisados separadamente.

De acordo com o EPUAP/NPUAP¹, diversos tipos de dispositivos têm sido identificados como causadores de UP (por exemplo, cateteres, tubos de oxigênio, tubulação do ventilador, etc.). Enfatiza-se, então, a importância de monitorizar a pele do paciente quanto a possíveis danos causados por pressão, por esses dispositivos. No estudo foi verificada significância na adesão da medida preventiva de fixação de drenos e cateteres, visto que durante a pesquisa foi levado em consideração se todos os dispositivos do paciente estavam fixados corretamente (acesso venoso periférico, cateter venoso central, cateter de pressão arterial média, drenos, cateter vesical de demora, etc.).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a implantação da avaliação de risco pela escala de Braden influenciou na adesão da equipe a alguns itens de medidas preventivas para UP, especialmente quando a sinalização dos boxes foi seguida pelos enfermeiros. A sinalização pode atuar como um lembrete para aplicação de medidas já conhecidas.

Fatores como disponibilidade de recursos financeiros e desmotivação da equipe por questões institucionais interferiram nos resultados, dificultando a avaliação do impacto isolado de uma sistematização de avaliação de risco.

Ainda quanto a limitações do estudo, pode ser citado o fato dos enfermeiros não terem cumprido o combinado de realizar a sinalização nos leitos para os pacientes com alto risco de desenvolvimento de UP. Ressalta-se a necessidade de participação ativa dos profissionais enfermeiros nas atividades de capacitação, pois o turno de trabalho cujo enfermeiro responsável da unidade apresentou um maior envolvimento nas discussões durante as atividades de capacitação foi o que apresentou resultados mais expressivos de melhora na adesão às medidas.

Ressalta-se que a avaliação de risco, apesar de se mostrar efetiva, não pode ser a única estratégia para envolver a equipe na prevenção de UP e na segurança do paciente; todos os itens trabalhados neste estudo precisam ser exaustivamente discutidos por meio de educação permanente da equipe. Faz-se necessária também a realização de trabalhos futuros e maior número de avaliações por turno de trabalho, depois de implantada a rotina de sinalização no leito dos pacientes que apresentarem um maior risco de desenvolvimento de UP.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014.
2. Pinto JR. Proposta de protocolo clínico para tratamento de feridas crônicas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Teófilo Otoni: Universidade Federal de Minas Gerais.
3. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério Da Saúde; 2013.
4. Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging*. 2010;27(4):311-25.
5. American Medical Directors Association. Pressure ulcers in the long-term care setting. Columbia: AMDA; 2008.
6. Bergquist-Beringer SB, Gajewski B, Dunton N, Klaus S. The reliability of the National Database of Nursing Quality Indicators pressure ulcer indicator: a triangulation approach. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(4):292-301.
7. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(1):136-40.
8. Rogenski NMB, Santos VLCC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(4):474-80.
9. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(4):703-10.
10. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):175-85.
12. Lobosco AAF, Vasconcelos DDS, Almeida LMC, Feliciano, GD. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. *Enferm Global*. 2008;13:1-15.
13. Institute for Healthcare Improvement. How-to guide: prevent pressure ulcers. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2011.

Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer

Family caregiver's experience of a man with tracheostomy due to cancer

Vivencia del cuidador familiar de hombre con traqueostomía por cáncer

*Haze Maria Carolia Risolia e Mendonça¹, Keila Oliveira¹, Laís Reis Siqueira¹,
Maria Angélica Mendes¹, Silvana Maria Coelho Leite Fava¹, Eliza Maria Rezende Dázio¹*

RESUMO

Objetivo: Conhecer a vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer. Métodos: Pesquisa qualitativa, aprovada sob parecer nº 975.777, fundamentada no referencial da *American Nursing Diagnoses Association*, desenvolvida por meio de entrevistas e análise indutiva. Participaram do estudo sete cuidadores familiares de homens com traqueostomia por câncer, cadastrados em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Resultados: Emergiram as categorias: tensão do papel de cuidador; processos familiares interrompidos; e papel dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar e na atenção básica. Conclusão: A vivência do cuidador familiar está relacionada às mudanças de sua vida pessoal, à rotina diária e aos sentimentos desencadeados pela necessidade de assumir um novo papel. O conhecimento dessa realidade é essencial para o planejamento da assistência de enfermagem de qualidade e para a elaboração de políticas públicas que atendam às reais necessidades dessas pessoas.

DESCRITORES: Estomaterapia. Enfermagem. Traqueostomia. Cuidador.

ABSTRACT

Objective: To know the experience of family caregivers of man with tracheostomy due to cancer. Methods: Qualitative research, approved under opinion No. 975.777, based on the reference by the American Nursing Diagnoses Association, developed through interviews and inductive analysis. Seven family caregivers of men with tracheostomy due to cancer, enrolled in a High Complexity Oncology Care Unit (UNACON), participated in the study. Results: The following categories emerged: tension of the role of caregiver; interrupted family processes; and role of nursing professionals in hospital and in primary care. Conclusion: The experience of the family caregiver is related to changes of his personal life, daily routine and feelings triggered by the need to take on a new role. The knowledge of this reality is essential for the planning of quality nursing care and for the elaboration of public policies that meet the real needs of these people.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Nursing. Tracheostomy. Caregiver.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la experiencia del cuidador familiar de hombre con traqueostomía por cáncer. Métodos: Investigación cualitativa, aprobada bajo el dictamen N° 975.777, fundamentada en el referencial de la *American Nursing Diagnoses Association*, desarrollada a través de entrevistas y análisis inductivo. En el estudio participaron siete cuidadores familiares de hombres con traqueostomía por cáncer, catastrados en una Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología (UNACON). Resultados: Emergieron las categorías tensión del papel de cuidador; procesos familiares interrumpidos;

¹Universidade Federal de Alfenas – Alfenas (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Alfenas – Rua Gabriel Monteiro Silva, 700 – Centro – CEP: 37130-001 – Alfenas (MG), Brasil – E-mail: haze_risolia@hotmail.com

Artigo recebido em: 11/10/2016 – Aceito para publicação em: 01/07/2017

y papel de los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario y en la atención básica. Conclusión: La vivencia del cuidador familiar está relacionada con los cambios de su vida personal, la rutina diaria y los sentimientos desencadenados por la necesidad de asumir un nuevo papel. El conocimiento de esta realidad es esencial para la planificación de la asistencia de enfermería de calidad y para la elaboración de políticas públicas que atiendan a las necesidades de esas personas.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Enfermería. Traqueostomía. Cuidador.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço é considerado um sério problema de saúde pública e está entre os dez tipos de câncer mais frequentes no mundo¹. Contribuem para o desenvolvimento dessa neoplasia a predisposição genética, a exposição à poluição de indústrias e ao tráfego, hábitos alimentares inadequados e a exposição a agentes carcinogênicos (principalmente extrínsecos, como álcool e tabaco)².

O termo “câncer de cabeça e pescoço” é usado para descrever neoplasias do trato aerodigestivo superior. Constituem os sítios anatômicos desse grupo: cavidade oral, faringe, incluindo nasofaringe, hipofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, laringe e glândulas anexas². O estadiamento da neoplasia determinará a opção terapêutica, sendo o tratamento cirúrgico o mais empregado, seguido da radioterapia, da quimioterapia e da imunoterapia. Nos tratamentos cirúrgicos do tipo laringectomias, mandibulectomias e glossectomias, a pessoa pode necessitar de tecnologias assistivas, como traqueostomia ou sonda nasogástrica. As repercussões do procedimento cirúrgico e de seus desdobramentos podem ocasionar comprometimentos funcionais ou limitações nas atividades de vida diária, representadas pela perda do movimento dos ombros, da voz, do sentido olfativo, dentre outras³.

A traqueostomia consiste em um procedimento cirúrgico caracterizado pela abertura da parede anterior da traqueia e pela construção do estoma, com sutura nas bordas da pele do pescoço, comunicando-a com o meio externo, para preservar a função respiratória. É indicada em casos de obstrução das vias aéreas, de acúmulo de secreção traqueal, de debilidade da musculatura respiratória ou, ainda, para prover uma via aérea estável na intubação traqueal prolongada⁴.

É importante ressaltar que, ao receber o diagnóstico de câncer, a pessoa pode sentir-se vulnerável, em decorrência do estigma que a doença representa na sociedade, pois é culturalmente entendida como sentença de morte, além da presença de um estoma, sendo este medo aflorado tanto nos

períodos pré-operatório e pós-operatório quanto no processo de alta hospitalar. Diante dos medos, das incertezas e das dificuldades na comunicação apresentadas pelo paciente; diante dos questionamentos dos pacientes e de seus familiares quanto ao prognóstico, à forma de lidar com a cânula de traqueostomia, aos cuidados com a incisão cirúrgica, à forma de comunicação, à dieta, ao uso de medicações; e frente ao receio da alta hospitalar, percebe-se que o impacto do tratamento na vida do paciente e de seus familiares vai muito além da dimensão física⁵.

Nesse contexto, o tratamento cirúrgico exigirá suporte da equipe multidisciplinar e adaptação por parte do paciente e da família. Mesmo que esse tratamento seja uma oportunidade à manutenção da vida, a investigação e a reflexão sobre o universo da pessoa com câncer e traqueostomia levam o profissional de saúde a deparar-se com as diversas implicações dessa situação. Pode haver a necessidade de um familiar se tornar o cuidador principal, decorrente da dependência nas atividades de vida diária do indivíduo acometido, que muitas vezes necessita de cuidados integrais. Embora a vivência pertença exclusivamente à pessoa com câncer e traqueostomia, o planejamento da terapêutica com vistas à sua reabilitação interessa, também, aos familiares, ao familiar cuidador e à equipe de saúde que o assiste — principalmente ao enfermeiro.

Diante de nossas vivências na clínica cirúrgica, surgiram alguns questionamentos: Como é o dia a dia, as dificuldades e o convívio dos cuidadores familiares de pacientes homens?

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos caracterizar o cuidador e conhecer a vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Participaram do estudo sete cuidadores familiares de

homens com traqueostomia por câncer. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2015, no contexto familiar de pessoas residentes no município-sede da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e em cidades circunvizinhas, onde os moradores também são contemplados com o tratamento oncológico nessa unidade.

Os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os gêneros; maiores de 18 anos; com clara capacidade de comunicação e desejo de participarem do estudo; e cuidadores familiares de homens com diagnóstico médico de câncer de cabeça e pescoço ou de vias aéreas inferiores, cadastrados na UNACON de um hospital filantrópico de Minas Gerais, que tiveram como alternativa terapêutica a construção de uma traqueostomia.

Inicialmente, foi empregado um formulário semiestruturado composto por dados sociodemográficos visando à identificação dos participantes. Em seguida, iniciou-se a entrevista semiestruturada gravada em áudio, disparada pela seguinte questão aberta: “Conte-me do seu dia a dia de cuidador de homem com diagnóstico de câncer e com traqueostomia.” O número de participantes esteve condicionado ao alcance do objetivo proposto neste estudo. Após a finalização da coleta de dados e a transcrição de cada entrevista, passou-se à análise dos dados, seguindo as seguintes etapas: ordenação e classificação dos dados, elaboração de narrativas e análise final⁶. Na primeira etapa, foram organizados os dados transcritos das entrevistas para se ter uma visão do todo. Na segunda etapa, esses dados foram classificados visando a identificar as ideias centrais e os principais pontos em comum entre elas. Em seguida, realizou-se a análise indutiva dos dados, integrando-os ao referencial teórico⁷.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Minas Gerais, em cumprimento à Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde, que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sob o Protocolo nº 975.777. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para preservar o anonimato, receberam nomes fictícios na confecção do artigo.

RESULTADOS

Participaram deste estudo sete pessoas, com predomínio do gênero feminino, na faixa etária entre 40 e 50 anos, católicas

e com renda entre um e dois salários mínimos. Um dos cuidadores cursou o ensino médio, quatro cursaram o ensino fundamental e dois não frequentaram a escola; ademais, um era lavrador e quatro dedicavam-se integralmente ao familiar adoecido.

Na análise dos dados fundamentada no referencial teórico proposto⁷, foram construídas três categorias: tensão do papel de cuidador; processos familiares interrompidos; e papel dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar e na atenção básica, que serão apresentadas a seguir.

A categoria “tensão do papel de cuidador” ficou evidente nos seguintes depoimentos:

Fico cansada, sem ânimo e muito brava com as crianças, sabe? Perco a paciência rápido e acabo gritando o dia todo. Tenho medo de mexer na traqueostomia até hoje, mas tenho que fazer mesmo e ninguém mais tem coragem. É difícil, tenho muito medo e às vezes penso que não vou aguentar, mas ele não tem ninguém além de mim que tem paciência com ele. Ele nunca aceitou ajuda, acho que é difícil pra ele. (Cora)

Depois da quimio, ele disse que começava um fogo assim no estômago dele que ia subindo pra cima, e ele dizia “vou morrer, vou morrer, vou morrer”, e eu não tinha jeito de ficar em casa. Foi difícil, eu tinha que trabalhar e ele não conseguia ficar sozinho. (Adélia)

Só que eu fico de olho nele o dia inteirinho. Às vezes eu acordo de noite [...] e olho ele, mas cansa, ele está muito magro, e eu tenho bico de papagaio nas costas. É muito triste isso pra mim, a gente não foi feito pra perder filho, isso está ao contrário. (Virgílio)

Olha, no começo, e até mesmo agora, está sendo muito difícil [...] agora eu fico muito cansada, e eu não posso deixar o marido sozinho [...] porque não sei quando ele poderá ir embora. (Inês)

Para enfrentar a condição imposta, os cuidadores buscam relocalizações, novas adaptações — tanto na vida pessoal como na profissional — e suporte na espiritualidade. “No começo foi mais difícil porque quem trabalhava era o marido [familiar traqueostomizado] e eu ficava aqui cuidando da casa e dos meninos, só que agora melhorou [...] é Deus que me dá força pra continuar tudo isso”, alegou Inês em sua entrevista.

A categoria “processos familiares interrompidos” pode ser percebida pelas dificuldades de aceitação da doença por parte do paciente, o que pode gerar desequilíbrio nas relações familiares e levar o adoecido a uma relação de hostilidade com o cuidador, como representado nos seguintes depoimentos:

Ficou muito irritado e brigava à toa com a gente. Está muito difícil pra mim, e não está sendo fácil, ele anda muito nervoso, muito estressado. Quando a gente fala pra ele que ele está muito nervoso, ele fala pra gente: — é porque vocês não têm isso que eu tenho, vocês não sabem o que eu estou passando. (Adélia)

Eu acho que é mais difícil pra ele do que pra mim, porque ele não gostava que eu trabalhasse fora e agora eu tenho que fazer faxina, e ele está encostado. Ele já falou pra mim que quem tinha que cuidar e trazer dinheiro pra casa era ele e não a mulher dele. (Inês)

Adélia demonstra uma adaptação negativa diante da situação vivenciada, exteriorizando sintomas depressivos.

Eu fiquei pior do que ele [familiar com traqueostomia], a psicóloga lá da oncologia falou pra mim: — ele está melhor do que eu, eu fiquei doente, eu emagreci uns quatro quilos, eu fiquei... nossa, na base de calmantes. Parece que eu estou tipo assim... depressiva, eu não tenho vontade de sair, de passear, de ir na igreja, nem nada. Relação sexual faz muito tempo que a gente não tem, uns quatro, cinco anos. Está fazendo falta, mas faz mais falta pra ele do que pra mim, porque o psicológico meu está muito ruim e com a cabeça ruim. Você não tem cabeça pra isso? Eu ainda tomo meu calmante. (Adélia)

Pode-se observar a dedicação de Dante e de Inês ao assumirem o papel de cuidador, o que os aproximou ainda mais de seus familiares cuidados: “Oh, melhorou bastante o nosso relacionamento, muito! A gente ficou mais amigo e mais irmão. Foi sossegado porque eu não tenho nojo das coisas, se for meio fraco não consegue conviver com isso” (Dante); “Os meninos ficaram apegados ao pai, a gente aqui é unido [...]. O marido ficou manso. A doença mudou muito a gente” (Inês).

A categoria “papel dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar e na atenção básica” pode ser constatada no setor terciário, no qual as informações são geralmente

obtidas no momento da alta hospitalar — período em que as pessoas encontram-se ansiosas para o retorno ao lar. Entretanto, parece que essas informações não foram devidamente compreendidas pelo cuidador:

Recebi orientação da enfermeira lá do hospital, ela me chamou, acho que eu fiquei mais ou menos uma hora com ela no quarto, era difícil entender o que ela falava. Ele [familiar com traqueostomia] já estava de alta, aí lá no hospital a equipe de enfermagem usava o sugador e em casa não iria usar sugador, aí parecia que em casa ele tinha falta de ar, então eu peguei o aspirador e levei pra ele pra ver se melhorava. (Cecília)

E a necessidade de acompanhamento no âmbito domiciliar parece não ter sido atendida: “[...] Quem falou foi a enfermeira do PSF [Programa de Saúde da Família] que mandou eu limpar o caninho sempre, mas não vou lembrar as coisas que ela falou não [...]. O médico e enfermeira já vieram aqui em casa algumas vezes [...]” (Cora); “Ninguém me explicou, ninguém sabe? Nem aqui a mulher que era chefe do PSF, nem sei falar aquilo, não quis colocar a mão, aqui no pronto socorro também não quis colocar a mão [...]” (Adélia).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa voltou-se para a atenção ao cuidador que possui um importante papel para a sua família, para a sociedade e até mesmo para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois acaba por assumir grande parcela do cuidado das pessoas acometidas pelo câncer e que possuem traqueostomia. Neste estudo, há o predomínio de cuidadores do gênero feminino, o que corrobora com os dados encontrados na literatura: historicamente, a figura feminina é eleita para o cuidado, e a atividade de cuidar é uma atribuição natural da mulher⁸. Cuidadores do gênero masculino não são muito comuns — neste estudo, eles são representados por um pai e um irmão, que acabaram por assumir o cuidado devido à ausência de uma figura feminina. A literatura mostra os cuidadores do gênero masculino como um pequeno grupo à parte, com suas próprias necessidades, preocupações e desafios⁸.

Em relação ao grau de escolaridade, apenas um cuidador afirmou ter ensino médio completo. A escolaridade

predominantemente baixa pode ter contribuído para a baixa renda e para que o próprio familiar se tornasse o cuidador principal, pois a inserção no mercado de trabalho para aqueles com baixa escolaridade é mais difícil. No entanto, em decorrência do aumento de gastos devido às despesas com o adoecimento do familiar, muitas vezes os cuidadores são obrigados a conseguir um trabalho informal e árduo, pois precisam aumentar ou até mesmo assumir o papel de provedor da família⁹.

No que diz respeito ao estado civil, há um predomínio de participantes casados, o que corrobora para dificultar a prestação dos cuidados, pois além dos afazeres domésticos, os cuidadores precisam dividir seu tempo entre o familiar dependente e os outros familiares, ou até mesmo com um emprego para ajudar nas despesas, o que pode gerar sobrecarga de responsabilidades¹⁰. Referente ao tempo dedicado ao cuidado do familiar adoecido, quatro participantes relataram dedicar-se em tempo integral; os outros três, mais de quatro horas por dia. A nosso ver, a dedicação em tempo integral contribui para alterações nas diversas dimensões da vida do cuidador — físicas, psicossociais e financeiras —, o que pode gerar tensão.

Tensão do papel de cuidador

Além do comprometimento das diferentes dimensões da vida, assumir o papel de cuidador implica ter que lidar com a gravidade e a imprevisibilidade do curso da doença, com a sobrecarga e a complexidade das atividades, e dedicar tempo ao cuidado, o que gera um sentimento de exaustão pela mudança na rotina diária^{11,12}.

Soma-se a isso o fato de que a progressão da doença tende a enfraquecer as pessoas, aumentando a sua dependência, tornando cada vez mais prolongada e estressante a prestação dos cuidados, o que pode gerar sentimentos negativos, como o mal-estar físico e emocional¹³.

Em decorrência de fatores que, de uma forma ou de outra, contribuem para a tensão do papel de cuidador, sobrevêm relocalizações e novas adaptações tanto na vida pessoal como na profissional. É comum os cuidadores desenvolverem uma capacidade de adaptação positiva às situações de doença do ente querido, sendo que a resolução do problema e a adaptação também incluem mudanças e tempo^{14,15}.

O sofrimento dos cuidadores é minimizado por meio da espiritualidade, o que pode motivar aspectos subjetivos, como o bem-estar, favorecendo o suporte social e a interação com um Ser Superior. Deus é fonte de conforto e de

orientação, sendo que essa relação pode fornecer sentido e novos significados para circunstâncias problemáticas^{15,16}.

Os cuidadores que possuem crenças religiosas apresentam um enfrentamento com satisfação e esperança. Os depoimentos dos cuidadores mostraram que eles sofrem junto com os familiares adoecidos, e a existência da fé e da espiritualidade funciona como refúgio e sustentação em todos os momentos, principalmente nos de crise, auxiliando-os a enfrentar essa fase¹⁷.

Processos familiares interrompidos

Frente ao adoecimento de um membro da família por câncer e ao tratamento que resulta em traqueostomia, os processos familiares estão sujeitos às mudanças em seus relacionamentos e em sua dinâmica. Essas estão relacionadas com alterações nas condições socioeconômicas; com a geração de conflitos entre paciente e cuidador ou a prontidão para melhorar o enfrentamento familiar com dedicação ao assumir o papel de cuidador; e com a maior aproximação entre eles. A situação pode ser agravada pelo nível de desconhecimento sobre a doença e pelo baixo grau de escolaridade, que podem dificultar a compreensão do processo de adoecimento e da missão do cuidador. Destaca-se a inversão de papéis: neste estudo, uma mulher assume a função de provedora da casa e uma pessoa idosa cuida de um jovem^{13,14}.

Os conflitos gerados entre o familiar adoecido e o cuidador podem ser decorrentes de uma estrutura familiar na qual os membros possuem dificuldades para absorver todo o contexto que a situação de adoecimento lhes impõe. Ademais, o adoecimento de um membro da família pode acometer outros, em especial o cuidador principal, provocando estresse, cansaço, irritabilidade, negação do papel e insatisfação consigo mesmo, podendo deixá-los deprimidos. Ao mesmo tempo, os conflitos também são sentidos pelos pacientes, que sofrem com a inversão de papéis, sentem insatisfação com seu estado de saúde e são prejudicados pela falta de conhecimento sobre a doença¹⁴.

Ainda sobre a falta de aceitação por parte da pessoa adoecida, vale destacar o sofrimento causado pela inversão de papéis: quem antes era o principal apoio familiar agora passa a conviver com a sensação de estar incomodando. Questões de masculinidade estão presentes na nossa cultura; o homem é o mantenedor do lar e a mulher, a cuidadora — para os homens, a responsabilidade pelo sustento do lar tem papel de destaque¹⁰⁻¹⁸.

A experiência e a vivência do cuidador são únicas, e estão relacionadas às mudanças e aos sentimentos desencadeados pelo fato de ter que se adaptar e assumir um novo papel. A experiência de prestar o cuidado faz com que o cuidador passe por um processo adaptativo, o que pode exteriorizá-lo tanto de maneira positiva quanto negativa, produzindo naturalmente desdobramentos em seu estado físico e emocional.

Papel dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar e na atenção básica

O apoio da equipe multiprofissional de saúde, principalmente do enfermeiro, contribui com o cuidador nesse intenso processo de cuidar, uma vez que tende a oferecer orientações e suporte necessários para minimizar os efeitos do adoecimento. Quando as orientações não são efetivas, pode haver sobrecarga física, emocional e econômica do cuidador¹⁰. É premente que os profissionais de saúde levem em consideração o grau de escolaridade do cuidador, pois a baixa escolaridade pode contribuir para o insucesso da aprendizagem e ampliar a insegurança.

Na maioria das vezes, no âmbito hospitalar, as orientações são prestadas de maneira informal, por meio de uma comunicação verbal repleta de termos técnicos, realizada no momento da alta hospitalar. Isso dificulta a compreensão, a apreensão dos saberes, e nem sempre o cuidador tem a oportunidade de revisar as ações ou até mesmo de efetuar-las diante do profissional de enfermagem^{14,15-19}. Os participantes deste estudo relataram dificuldades e insegurança no exercício do cuidado perante a situação de um familiar que necessita de cuidados

complexos. Contribuem para essas dificuldades o sentimento de medo e a falta de familiaridade com recursos da tecnologia assistiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do cuidador familiar é única, sendo relacionada à mudança em sua vida pessoal, à rotina diária e aos sentimentos desencadeados pela necessidade de assumir um novo papel. É essencial que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, compreenda os desdobramentos do adoecimento de uma pessoa com câncer e traqueostomia na família, a fim de oferecer ao cuidador o suporte necessário, pois cada cuidador deve ser acolhido em suas necessidades, comportamentos, sentimentos e nos significados que atribuem para essa vivência.

Apesar da demanda de relatos sobre as experiências e as vivências de cuidadores, foi constatada a escassez de estudos sobre cuidadores de pessoas com câncer e traqueostomia.

O conhecimento aprofundado de quem executa esse papel é essencial para a elaboração do planejamento da assistência de enfermagem de qualidade e eficaz, com vistas às necessidades dos cuidadores e também para nortear a elaboração de políticas públicas que atendam às reais necessidades dessas pessoas, uma vez que o câncer de cabeça e pescoço é considerado um problema de saúde pública, e a cada dia diversas pessoas são submetidas à traqueostomia.

Desenvolver este estudo nos fez refletir sobre o importante papel do enfermeiro na equipe multidisciplinar e sobre os desdobramentos do adoecimento de uma pessoa com câncer e traqueostomia na família, o que nos tornou mais humanos e comprometidos com a realidade social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2014[citado em abr. 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf
2. Colombo J, Rahal P. Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2009[citado em abr. 2015];55(2):165-74. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/11_revisao_literatura2.pdf
3. Mostardeiro SCTS, Pedro ENR. O cuidado de enfermagem em situações de alteração da imagem facial. Rev Gaúcha Enferm. 2011 Jun;32(2):294-301.
4. Smeltzer SC, Hinkle JL, Bare BG, Cheever KH. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
5. Santos GLJ, Lima MADS, Klock P, Erdmann AL. Conceptions of Nurses on Management of Care in an Emergency Department Descriptive Exploratory Study Online Brazilian Journal of Nursing. Online Braz J Nurs [Internet]. 2012 Abril[citado em jun. 2015];11(1):101-12. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3580/pdf>
6. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.

7. Herdmann TH, editor. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
8. Neumann SMF, Dias CMSB. Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador? *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2013[citado em jun. 2015];5(1):10-7. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a03.pdf>
9. Lopez V, Copp G, Molassiotis A. Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nursing* [Internet]. 2012[citado em jun. 2015];35(6):402-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067685>
10. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 Jan/Mar[citado em jun. 2015];18(1):173-80. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>
11. Oliveira WT, Benedetti GMS, Marchi JA, Cassarotti MS, Wakiuchi J, Sales CA. Events that intensify and reduce stress in families of patients with cancer: an integrative review. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Set [citado em jun. 2015];17(3):713-19. Disponível em: www.reme.org.br/exportar-pdf/683/en_v17n3a17.pdf
12. Ralph SS, Taylor CM. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
13. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. The association between the functional incapacity of the older adult the family caregivers burden. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 Set/Out[citado em set. 2015];21(5):[8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf
14. Oliveira AEL, Campos AER. Alterações Cotidianas Vivenciadas pelos Familiares Cuidadores de Pacientes Oncológicos de um Hospital Filantrópico de Salvador-BA. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2014[citado em set. 2015];16(3):175-9. Disponível em: <http://www.pgss.com.br/revistacientifica/index.php/biologicas/article/view/1331>
15. Loerzel VW, Crosby WW, Reising E, Sole ML. Developing the tracheostomy care anxiety relief through education and support (T-CARES) Program. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2014 Out[citado em set. 2015];18(5):522-7. Disponível em: https://cjon.ons.org/sites/default/files/L58624127L0QH251_first.pdf
16. Moreira NS, Sousa CS, Poveda VB, Turrini RNT. Autoestima dos cuidadores de doentes oncológicos com capacidade funcional reduzida. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 Abr-Jun[citado em jan. 2016];19(2):322-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200316&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Geronasso MCH, Coelho D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde Meio Ambiente* [Internet]. 2012 Jun[citado em jan. 2016];1(1):173-87. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>
18. Lamino DA, Turrini RNT, Kolcaba K. Cancer patients caregivers comfort. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[citado em jan. 2016];48(2):278-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200012>
19. Valdes AG, Kamada I, Cristo RC, Costa SB, Faustino AM. Experiências de Crianças com Estomias: Estudo Qualitativo. *Estima* [Internet]. 2010 Jul-Set[citado em mar. 2016];8(3). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/60>

Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência, Belém (PA)*

Sociodemographic and clinical profile of stoma children attending in a reference center, Belém, state of Pará, Brazil

Perfil sociodemográfico y clínico de los niños con ostomía atendidos en servicio de referencia, Belém (PA), Brasil

Pérola Dias Bezerra¹, Izabela do Socorro Martins Pinto², Regina Ribeiro Cunha³, Edson Marcos Leal Soares Ramos⁴, Cassilene Oliveira da Silva⁵, Sandra Regina Monteiro Ferreira⁶

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência no estado do Pará, Brasil. Trata-se de um estudo retrospectivo de análise documental, transversal e descritiva, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em outubro de 2013, analisados e apresentados em frequência absoluta e relativa. Identificaram-se 96 prontuários de crianças com estomia. A maior frequência de crianças com estomia é do sexo masculino, compreendida na faixa etária de 0 a 3 anos, sem escolaridade, pois não está em idade escolar, residente no interior do estado do Pará, cujos pais possuem renda familiar entre um e três salários-mínimos. Com relação às características clínicas, foi evidenciada a malformação congênita como a causa geradora de estomia de maior prevalência. A maioria das crianças apresentava colostomia, terminal ou duas bocas próximas, temporária, localizada no quadrante inferior esquerdo, com diâmetro entre 20 e 29 mm. O prolapso e a dermatite foram as principais complicações relacionadas à estomia e pele peristoma.

DESCRIPTORIOS: Criança. Estomia. Perfil de Saúde. Estomaterapia.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the sociodemographic and clinical profile of stoma children attending in a reference center in Pará state, Brazil. This is a retrospective study of documental, transverse and descriptive analysis, with a quantitative approach. Data were collected in October 2013, analyzed and presented as absolute and relative frequency. We identified 96 medical records of ostomy children. The highest frequency of ostomy children is male, aged 0 to 3 years, without schooling, because they are not in school age, resident in the interior of the state of Pará, whose parents have a family income between one and three minimum wages. With regard to clinical characteristics, congenital malformation was the most prevalent cause of stoma. The majority of children presented colostomy, terminal or two adjacent mouths, temporary, located in the lower left quadrant, with a diameter between 20 and 29 mm. Prolapse and dermatitis were the main complications related to stoma and peristomal skin.

*Extraído do trabalho de conclusão de curso "Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia no contexto amazônico", apresentado à Faculdade de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (FAENF/ICS/UFPa), em 2013.

¹Enfermeira. Coordenadora em Doenças Crônicas e Tabagismo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem em Estomaterapia da Amazônia (EN-FESTA) - Castanhal (PA), Brasil.

²Enfermeira. Pós-Graduada em Estética Dermaticista pela Faculdade Mario Schenberg/Instituto Brasileiro de Eletroterapia e Cosmetologia de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa ENFESTA - Belém (PA), Brasil.

³Enfermeira Estomaterapeuta Ti SOBEST. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem "Magalhães Barata" da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPa). Membro do Grupo de Pesquisa Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde Doença (IENPSAD) e do Grupo de Pesquisa em Estomaterapia: Estomas, Feridas Agudas e Crônicas e Incontinências Urinária e Anal (EEUSP). Líder do Grupo de Pesquisa ENFESTA - Belém (PA), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Caripunas, 2.742, apto. 701 - CEP: 66045-140 - Belém (PA), Brasil. E-mail: reginaribeirocunha@gmail.com

⁴Estatístico. Doutor em Engenharia de Produção. Professor associado da Faculdade de Estatística da UFPa - Belém (PA), Brasil.

⁵Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem "Magalhães Barata" da UEPA. Membro do Grupo de Pesquisa ENFESTA e do Grupo de Pesquisa IENPSAD - Belém (PA), Brasil.

⁶Enfermeira da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da UFPa. Coordenadora do Serviço de Atenção à Pessoa com Estomia da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. Membro do Grupo de Pesquisa ENFESTA - Belém (PA), Brasil.

Artigo recebido em 03/05/2016 - Aceito para publicação em: 09/11/2016

3 years old, without schooling, because they are not at school age, resident in the interior of Pará state and family income between one and three minimum wage. Regarding the clinical characteristics, congenital malformation was evidenced as a generator of the highest prevalence ostomy. Most of the children had temporarily terminal ileostomy, located in the lower left quadrant, with a diameter from 20 to 29 mm. Prolapse and dermatitis were the main complications related to ostomy and peristoma skin.

DESCRIPTORS: Child. Ostomy. Health Profile. Stomatherapy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de niños con ostomía atendido en servicio de referencia en el estado de Pará, Brasil. Se trata de un estudio retrospectivo de análisis documental, transversal y descriptivo, con enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados en octubre de 2013, analizados y presentados como frecuencia absoluta y relativa. La muestra consistió en 96 prontuarios de niños con ostomía registrada en dicho servicio. Los datos se recogieron en octubre de 2013. La mayor frecuencia de los niños con ostomía es masculina, comprendida en el rango de edad de 0 a 3 años, sin escolaridad porque no están en edad escolar, residen en el interior del estado de Pará, el ingreso familiar entre 1 y 3 salarios mínimos. En cuanto a las características clínicas evidenciaron que malformación congénita se constituye como un generador debido a la mayor prevalencia de la ostomía. La mayoría de los niños tenían colostomía, o dos bocas cercanas, temporaria, situada temporalmente, en el cuadrante inferior izquierdo, siendo el diámetro de 20 a 29 mm, prolapsos y dermatitis fueron las principales complicaciones relacionadas con la ostomía y la piel periestomia.

DESCRIPTORES: Niño. Ostomía. Perfil de Salud. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A ocorrência da doença de Hirschsprung, da malformação anorretal, da enterocolite necrotizante e ileomeconial, de malformações da coluna lombro sacra e da mielomeningocele constituem algumas indicações para realização de cirurgia geradora de estomia em crianças, na maioria das vezes de caráter temporário, por se tratar de causas benignas¹. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que criança é a pessoa compreendida na faixa etária de 0 a 12 anos de idade incompletos². As crianças com estomia são reconhecidas legalmente como pessoas com deficiência física^{3,4}.

Entre as estomias digestivas de maior incidência na infância e no período neonatal, destacam-se as colostomias de caráter temporário, que consistem na exteriorização do colón por meio da parede abdominal, cujo objetivo é descomprimir, proteger anastomoses ou restaurar a função de um órgão afetado⁵.

As crianças com estomia apresentam necessidades e cuidados específicos nas diferentes fases de seu crescimento e desenvolvimento, podendo ser biológicos, emocionais, sociais e culturais. Nesse contexto, a assistência prestada pela equipe multiprofissional, especialmente pelo

enfermeiro estomaterapeuta, deve estar centrada no processo de adaptação e reabilitação⁶ com foco no desenvolvimento de estratégias para o cuidado integral da criança com os pais/responsáveis, informando-os sobre os recursos da comunidade^{7,8}.

No Brasil, alguns estudos têm sido realizados em serviços especializados^{8,9}, porém ainda não retratam o perfil nacional das pessoas com estomia. É fundamental disponibilizar serviços com base nas necessidades e demandas dos usuários, considerando dados epidemiológicos da população conforme a Lei n.º 8.080/90¹⁰.

A inexistência de dados acerca do perfil das crianças com estomia pode interferir negativamente no planejamento das ações em saúde, na previsão e na provisão de insumos e na assistência prestada pelos profissionais.

Acreditamos que o estudo seja relevante por contribuir com o planejamento de ações integradas à saúde dessa população. A partir do momento em que se tem acesso ao perfil sociodemográfico e clínico das crianças com estomia, as ações de atenção à saúde a essa população poderão ser planejadas conforme as suas necessidades. Além disso, a presente investigação colaborará com o gerenciamento de cuidados e evidenciará as morbidades relacionadas à confecção de estomia.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças com estomia atendidas em um serviço de referência no estado do Pará, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo de análise documental, transversal e descritiva, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço de referência em atenção às pessoas com estomia, localizado na cidade de Belém, estado do Pará, Brasil. Teve como critérios de seleção e inclusão prontuários de crianças de ambos os sexos, na faixa etária entre 0 e 12 anos incompletos, cadastradas no período entre outubro de 2009 e outubro de 2012. Identificamos 96 prontuários de crianças com estomia.

Os dados foram coletados em outubro de 2013 e inseridos em instrumento de coleta de dados adaptado¹¹. Utilizamos as variáveis sociodemográficas — procedência, sexo, idade, escolaridade e renda familiar — e as variáveis clínicas: causa básica da estomia, tipo de estomia, caráter da estomia, diâmetro da estomia, localização da estomia, modo de exteriorização, complicações relacionadas à estomia e pele periestoma.

Os dados foram organizados em um banco de dados criado no programa Microsoft Excel®. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, e discutiram-se os resultados com base na literatura associada ao tema de estudo.

A investigação obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob Parecer n.º 488.334, de 27 de setembro de 2013.

RESULTADOS

O estudo analisou 96 prontuários de crianças atendidas em um serviço de referência em atenção às pessoas com estomia localizado na cidade de Belém, estado do Pará, Brasil.

Os dados sociodemográficos da Tabela 1 evidenciaram o predomínio do sexo masculino — 58,33% (n=56) —, da

faixa etária entre 0 e 3 anos — 48,96% (n=47) —, da categoria sem escolaridade — 48,95% (n=47) —, de procedentes de outros municípios do estado do Pará — 52,08% (n=50) —, e de renda familiar mensal entre um e três salários-mínimos — 40,63% (n=39).

No Gráfico 1, verificamos que a causa básica geradora de estomia de maior percentual foi a malformação congênita — 58,32% (n=56) —, seguida por outras causas — 18,75% (n=18). Com 7,03% (n=7), vieram os traumas. A neoplasia contabilizou 3,13% (n=3), e em 3,13% (n=3) das fichas não havia essa informação.

Tabela 1. Distribuição de crianças com estomia atendidas no serviço de referência no estado do Pará, Brasil, segundo as variáveis sociodemográficas, Belém, Pará, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	56	58,33
Feminino	40	41,67
Faixa etária (anos)		
0-3	47	48,96
4-6	12	12,5
7-9	17	17,71
10-12	20	20,83
Escolaridade		
Sem escolaridade, pois não estão em idade escolar	47	48,95
Sem escolaridade, porém em idade escolar	11	11,46
Ensino fundamental incompleto	35	36,46
Sem informação	3	3,13
Procedência		
Demais municípios do estado do Pará	50	52,08
Belém	46	47,92
Renda familiar (salário-mínimo)		
Sem renda fixa	32	33,34
1-3	39	40,63
3-5	3	3,12
≥5	1	1,04
Sem informação	21	21,87
Total	96	100,00

Em relação ao tipo de estomia, houve predomínio da colostomia — 60,43% (n=58) — e da ileostomia — 29,16% (n=28) (Tabela 2).

Os dados clínicos da Tabela 3 revelaram o predomínio das estomias de caráter temporário — 83,33% (n=80); no quadrante inferior esquerdo — 46,87% (n=45); com modo de exteriorização de duas bocas próximas — 31,26% (n=30) ou terminal — 31,26% (n=30); e diâmetro de estomia entre 20 e 29 mm — 36,45% (n=35). Não foram evidenciadas complicações na pele periestoma em 59,38% (n=57) das crianças, porém 38,54% (n=37) delas desenvolveram dermatite. Não foram observadas complicações na estomia em 82,31% (n=79) das crianças.

Gráfico 1. Percentual de crianças com estomia atendidas no serviço de referência no estado do Pará, Brasil, segundo a causa básica da estomia, Belém, Pará, Brasil, 2013.

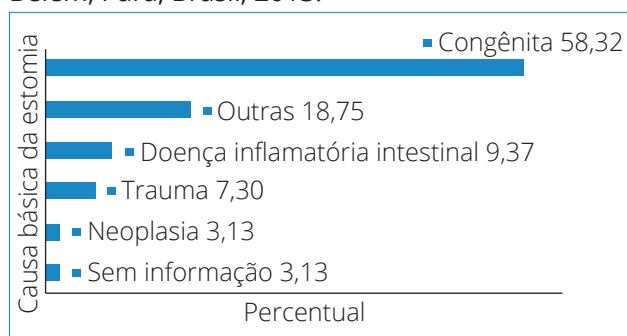


Tabela 2. Distribuição de crianças com estomia atendidas no serviço de referência no estado do Pará, Brasil, segundo o tipo de estomia, Belém, Pará, Brasil, 2013.

Tipo de estomia	n	%
Ileostomia	28	29,16
Colostomia cólon descendente	19	19,80
Colostomia cólon transverso	15	15,63
Colostomia cólon ascendente	13	13,54
Colostomia sigmoide	11	11,46
Nefrostomia	2	2,08
Vesicostomia	1	1,04
Gastrostomia	1	1,04
Sem informação	6	6,25
Total	96	100,00

Tabela 3. Distribuição de crianças com estomia atendidas no serviço de referência no estado do Pará, Brasil, segundo caráter, localização, modo de exteriorização, diâmetro, complicações na pele periestoma e estomia, Belém, Pará, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Caráter da estomia		
Temporário	80	83,33
Definitivo	11	11,46
Sem informação	5	5,21
Localização da estomia		
Quadrante inferior esquerdo	45	46,87
Quadrante inferior direito	21	21,88
Quadrante superior esquerdo	18	18,75
Quadrante superior direito	7	7,29
Sem informação	3	3,13
Outros	2	2,08
Modo de exteriorização		
Duas bocas próximas	30	31,26
Terminal	30	31,26
Em alça	24	25,00
Duas bocas distantes	7	7,28
Sem informação	5	5,20
Diâmetro da estomia (mm)		
10–19	14	14,58
20–29	35	36,45
30–39	27	28,12
40–49	10	10,42
50–59	7	7,30
Sem informação	3	3,13
Complicações na pele periestoma		
Sem complicação	57	59,38
Dermatite	37	38,54
Lesões pseudoerrugosas	1	1,04
Candidíase	1	1,04
Complicações na estomia		
Sem complicação	79	82,31
Prolapso	7	7,29
Hérnia	4	4,16
Retração	4	4,16
Outras	2	2,08
Total	96	100,00

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam informações relevantes quanto às características sociodemográficas e clínicas de crianças com estomia com base na análise de 96 prontuários. Constatamos o maior percentual de crianças com estomia do sexo masculino, com idade entre 0 e 3 anos e sem escolaridade.

Em estudo realizado no Programa de Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente Estomizado e sua Família, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia, em 2004, os resultados evidenciaram que 67% (n=55) das crianças entrevistadas era do sexo masculino, e a variável escolaridade não se aplicou em 49 delas, por se tratar de lactentes⁹. Os motivos que impediam as crianças de frequentar a escola estavam relacionados a problemas de saúde, à distância entre a escola e sua residência, ao temor dos pais/responsáveis de expor a criança ao desprezo ou ainda à possibilidade de acidentes referentes à estomia fora do lar — infiltrações, rupturas ou desprendimento da bolsa, entre outros⁹. A maioria das crianças (69%) era procedente de localidades distantes do distrito da capital⁹.

Outro estudo realizado em um ambulatório de estomaterapia de um hospital público do Distrito Federal (DF), Brasil, em 2013, fundamentado em 50 prontuários de crianças e adolescentes com estomia, revelou que 62% era do sexo masculino. A maioria estava na faixa etária de 0 a 5 anos (84%), e 60% era oriundo de áreas administrativas do Distrito Federal⁸.

A variável escolaridade foi investigada em um estudo⁹, e seus resultados são semelhantes aos resultados aqui apresentados. As escolas, da educação infantil e do ensino fundamental, devem oferecer programas de educação permanente para seus educadores que possam capacitá-los quanto à atenção e integralização das crianças com deficiência, nesse caso da criança com estomia. Esse processo é de extrema importância não somente para a socialização da criança e melhoria do processo de adaptação ante o processo de reabilitação, mas principalmente por proporcionar aos pais/responsáveis segurança no que concerne à autonomia da criança para além de sua residência.

A maioria das crianças provinha de municípios distantes da capital do estado. Esse dado provavelmente justifica-se por se tratar do único serviço de referência especializado na atenção à pessoa com estomia do estado do Pará. Investigação realizada com crianças e adolescentes

constatou que 60% (n=30) residia em áreas administrativas do Distrito Federal, e os demais, 40% (n=20), eram procedentes de outros estados, como Goiás e Maranhão⁸. Vale ressaltar que o Distrito Federal é uma unidade atípica da federação, não possui municípios, porém é dividido em regiões administrativas conhecidas como cidades-satélites, com restrita autonomia administrativa¹².

A possibilidade de acessar serviços de saúde localizados o mais próximo possível da residência dos cidadãos foi determinada desde a promulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), a qual ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiu o processo de regionalização da assistência e criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³.

A proximidade entre a residência e o serviço de saúde, além de facilitar o deslocamento do cidadão, diminui as despesas com transporte, alimentação e hospedagem, evitando riscos associados a outros agravos — tais como acidentes nas estradas — ou fluviais, quedas de idosos, desconforto físico e emocional¹⁴.

A renda familiar média mensal das crianças com estomia foi equivalente à do estudo realizado no hospital público de Teresina, (PI) com 19 participantes, que revelou que a maioria, 52,63% (n=10), possuía renda familiar compreendida entre 2 e 3 salários-mínimos⁵. O conhecimento da variável renda é essencial aos estudos que tratam do perfil das pessoas com estomia. Essa população tem elevados encargos financeiros com deslocamento para o serviço de saúde, muitas vezes distantes de sua residência, transporte, alimentação, compra de medicamentos, entre outros, influenciando diretamente na renda familiar. Por outro lado, cabe aqui ressaltar a problemática associada à aquisição de equipamentos e adjuvantes de proteção e segurança para estomia, no serviço público e nos planos de saúde, que obrigam as pessoas com estomia a comprar esses insumos essenciais para o autocuidado, impactando na sua renda familiar.

Houve o predomínio de malformações congênicas entre as crianças como causa básica da estomia. De acordo com a literatura consultada, as malformações congênicas são prevalentes entre nascidos vivos. Em estudo realizado em São Luís (MA), Brasil, no período de 2002 a 2011, constatou-se que, do total de 180.298 nascidos vivos (NV) registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 875 (0,49%) apresentaram algum tipo de malformação congênita, e, destes, 55,2% eram do sexo masculino¹⁵.

Outro estudo¹⁶ realizado com 27.564 recém-nascidos selecionados aleatoriamente em grupos caso e controle com base nos NV, no município de São Paulo (SP), no período de 2007 a 2011, revelou a prevalência de anomalia congênita em 1,2% dos NV e evidenciou que a frequência do sexo masculino foi maior tanto no grupo com anomalia congênita (57,69%) quanto no sem anomalia (50,9%).

A doença de Hirschsprung é uma malformação congênita do intestino grosso caracterizada pela ausência de células ganglionares parassimpáticas intrínsecas no plexo submucoso e mioentérico em distintas porções do intestino. Sua incidência é de cerca de 1:5.000 nascidos vivos e o problema acomete predominantemente o sexo masculino, na razão de 4:1¹⁷.

Quanto ao tipo de estomia apresentado pelas crianças, a colostomia foi prevalente neste estudo. Esse dado vem ao encontro da investigação desenvolvida com essa população no Brasil⁸. Em pediatria a colostomia é o tipo mais comum entre as estomias intestinais, na maioria das vezes de caráter temporário¹⁸. A doença de Hirschsprung constitui uma indicação clássica de colostomia por obstrução do cólon em crianças, com exceção dos casos em que é possível realizar o tratamento cirúrgico da doença de base¹⁹. Esse dado consiste numa importante informação para o planejamento assistencial às crianças e aos seus pais/responsáveis e ainda na previsão de equipamentos e adjuvantes de proteção e segurança para estomia nos serviços de saúde público e privado.

Os recém-nascidos com malformação anorretal (imperforação anal) têm indicação cirúrgica à colostomia para descompressão do trato intestinal¹⁹. Os resultados também apontaram um percentual significativo de crianças com ileostomia, estomia do segmento ileal do intestino delgado, com saída involuntária e contínua de efluente de cor amarelo-esverdeada, odor ácido ou inodoro e pH alcalino. O volume de efluente eliminado pela ileostomia em crianças é aproximadamente 1 mL/kg/h, fato que demanda atenção especializada e interdisciplinar, por conta da predisposição da ocorrência de desequilíbrio hidroeletrólítico¹⁸.

A maioria das crianças possuía estomia de caráter temporário. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos^{8,9}. Por ser estomia temporária, é possível a reconstituição do trânsito intestinal (RTI), dependendo da causa geradora da estomia¹. A partir do momento em que a criança tem indicação médica para a cirurgia de RTI, o enfermeiro estomaterapeuta pode colaborar efetivamente, esclarecendo aos pais/responsáveis sobre a documentação

necessária para o agendamento da nova cirurgia, garantir o retorno ambulatorial durante a presença da estomia, orientar para a nova intervenção cirúrgica, acompanhando todo o processo até mesmo após a alta hospitalar.

A localização predominante da estomia nas crianças foi o quadrante inferior esquerdo do abdome, local em que geralmente é realizada colostomia descendente cujo efluente se caracteriza por fezes semiformadas a formadas¹⁸. A demarcação pré-operatória da estomia constitui um procedimento técnico importante de competência do enfermeiro estomaterapeuta, ou não, que visa favorecer um local adequado para a confecção da estomia, contribuindo para a diminuição de riscos e complicações, tais como hérnia paraestomal, prolapso, retração, descolamento mucocutâneo, entre outros²⁰.

Quanto ao modo de exteriorização da estomia, prevaleceram o terminal e o de duas bocas próximas, cada um equivalendo a 31,26% (n=30). Um estudo feito no estado do Mato Grosso do Sul com análise de 178 prontuários evidenciou o modo de exteriorização da estomia do tipo terminal em 68,4% dos casos²¹. No caso de crianças com imperforação anal, a conduta cirúrgica tem sido a realização de uma estomia com duas bocas, uma boca proximal funcionante e uma distal não funcionante¹⁹. O segmento intestinal a ser exteriorizado depende do local comprometido do intestino, do tipo de afecção, das condições clínicas do doente e da preferência do cirurgião²². A área do abdome é anatomicamente menor na criança, e em casos de estomia com modo de exteriorização de duas bocas distantes há dificuldade de adaptação da base adesiva, mesmo do tipo infantil, ocasionando desconforto para a criança e ansiedade dos pais no tocante ao processo de cuidar. Os pais devem receber orientações minuciosas do enfermeiro estomaterapeuta concernente ao manejo do medidor da estomia e dos diferentes tipos de bases adesivas disponibilizadas pelo SUS.

O diâmetro mais comum da estomia foi entre 20 e 29 mm. Essa variável constitui um dos dados importantes ao gerenciamento dos serviços de saúde, podendo ser utilizada para realizar a previsão e provisão dos equipamentos e adjuvantes de segurança e proteção para estomia, necessários à demanda dos usuários²³. Essa variável implica diretamente o corte adequado da base adesiva do equipamento coletor no abdome, evitando fuga do efluente e, conseqüentemente, prevenindo lesões na pele periestoma.

No que se refere às complicações na pele periestoma, a maioria das crianças não apresentou complicação, provavelmente por se tratar de crianças com colostomia, cujo efluente

é caracterizado por fezes semiformadas a formadas, diminuindo o risco de prejuízo da integridade da pele ao redor da estomia. Entretanto, um percentual significativo de crianças deste estudo desenvolveu dermatite, provavelmente associada aos casos de ileostomia, cujo efluente contém enzimas digestivas de elevado teor de proteases e lipases e, em contato com a pele em curto período de tempo, provoca dermatite. Em pesquisa do Programa de Ostomizados do Centro de Especialidades Médicas da Prefeitura de Campo Grande (MS), a dermatite da pele periestoma foi evidenciada em 28,7% de 178 pacientes investigados²¹. Outro estudo documental retrospectivo que analisou 443 prontuários em Belém (PA) constatou que 82,39% (n=365) dos casos apresentaram dermatite periestoma¹¹. O comprometimento da integridade da pele periestoma pode ser resultante do contato direto do efluente com a pele e da sensibilidade aos componentes da base adesiva do equipamento coletor e dos adjuvantes^{1,24,25}.

Com relação às complicações na estomia, a maioria das crianças não teve nenhuma complicação. Os resultados deste estudo divergem dos estudos realizados em Campo Grande e Belém^{11,21}, nos quais foi saliente a prevalência de complicações na estomia. Para diminuir o aparecimento das complicações, é fundamental a orientação do enfermeiro estomaterapeuta aos pais/responsáveis da criança no período pós-operatório mediato. O profissional deve enfatizar os sinais de complicações, como sangramento, mudança na coloração e protrusão da estomia, abaulamento no abdome, e a conduta a ser tomada na vigência de qualquer intercorrência.

Ao receber uma criança com estomia em um serviço de saúde público ou privado, o enfermeiro estomaterapeuta deve buscar estratégias para o seu cuidado integral em conjunto com os pais/responsáveis. Precisa realizar o acompanhamento do

crescimento e do desenvolvimento, orientar acerca do retorno ao ambiente escolar de acordo com a faixa etária, do manejo com a estomia no domicílio e em outros ambientes, da realização de atividades de recreação/lazer peculiares à cultura regional, quanto ao banho de rio/igarapé, da ingestão de frutos da região, tais como açaí, manga, cupuaçu, bacuri, entre outros. Além disso, proceder à avaliação da estomia e pele periestoma, para garantir a prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, em conformidade com as características individuais. O conjunto desses procedimentos é essencial à reabilitação da criança com estomia.

CONCLUSÃO

A maioria das crianças atendidas no serviço de referência no estado do Pará, Brasil, é do sexo masculino, procedente dos demais municípios do Pará, na faixa etária de 0 a 3 anos, sem escolaridade — por não estarem em idade escolar —, com renda familiar média mensal entre um e três salários-mínimos. A causa básica da cirurgia geradora da estomia foi a malformação congênita, resultando na confecção de colostomia, terminal ou em duas bocas próximas, temporária, com diâmetro de 20 a 29 mm, localizada no quadrante inferior esquerdo. A maioria das crianças não apresentou complicações na pele periestoma nem na estomia.

Ressalta-se que uma das limitações da pesquisa foi a falta de informações de dados nos prontuários das crianças pesquisadas referentes a algumas variáveis do estudo. Os resultados desta investigação podem subsidiar gestores e profissionais da saúde ao planejamento de ações em atenção à saúde das crianças com estomia.

REFERÊNCIAS

1. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015.
2. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. 3ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados/Coordenação de Publicações; 2001.
3. Brasil. Decreto n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004.
4. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 6 jul. 2015. [acesso 20 nov 2015]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>
5. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(1):140-6.
6. Martins PAF, Alvim NAT. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. *Rev Bras Enferm.* 2010;64(2):322-7.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
8. Monteiro SNC, Kamada I, Silva AL, Souza TCR. Perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos de um hospital público do Distrito Federal. *Estima*. 2014;12(3):23-32.
9. Guerrero S, Tobos LS. Quem são os usuários do Programa Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente Ostomizado. *Avanços em Enfermagem*. 2005;23(2):18-26.
10. Pereira SSS, Quito MV. NOAS: houve impacto para o SUS? *Revista de Direito Sanitário*. 2004;5(1):40-54.
11. Silva AC, Silva GNS, Cunha RR. Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-PA. *Estima*. 2012;10(1):12-9.
12. Estados Brasileiros, Distrito Federal. [acesso 20 nov. 2015] Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/estados_df.htm>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília, 2002.
14. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):574-80.
15. Rodrigues LS, Lima RHS, Costa LC, Lucena RF. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(2):295-304.
16. Mendes CQS, Avena MJ, Mandetta MA, Ballieiro MMFG. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2015;15(1):7-12.
17. Amiel J, Lyonnet S. Hirschprung disease, associated syndromes, and genetics: a review. *J Med Genet*. 2001;38(11):729-39.
18. Kayo CMM, Yamamoto MS, Pellegrino DMS, Del Cistia MEGF, Carvalho WAF. Cuidando de crianças com estomia. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 205-42.
19. Rocha RFC, Velhote MCP. Estomias na criança. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 63-74.
20. Aguiar ESS, Santos AAR, Soares MJGO, Ancelmo MNS, Santos SR. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. *Estima*. 2011;9(2):22-30.
21. Santos CHM, Bezerra MM, Bezerra FMM, Paraguassú BR. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. *Rev Bras Coloproctol*. 2007;27(1):16-9.
22. Rocha JJR. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. *Medicina Ribeirão Preto*. 2011;44(1):51-6.
23. Cunha RR, Backes VMS, Ferreira AB. Características sócio-demográficas e clínicas de pessoas estomizadas: revisão de literatura. *Estima*. 2013;11(2):29-35.
24. Paula MA, Paula PR, Cesarretti IUR. *Estomaterapia em foco e cuidado especializado*. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.
25. Poletto D, Gonçalves MI, Barros MTT, Anders JC, Martins ML. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):31-9.

Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão segundo taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*

Nursing diagnosis ulcer risk of pressure by the North American Nursing Diagnosis Association taxonomy II

Diagnóstico de enfermería del riesgo de la úlcera por presión de acuerdo a la North-American Nursing Diagnosis Association

Belarmino Santos de Sousa Júnior¹, Ana Elza Oliveira de Mendonça², Fernando Hiago da Silva Duarte², Cíntia de Carvalho Silva³

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem (DE) de risco de úlcera por pressão (UP) de acordo com a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) em pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI). Métodos: Estudo transversal de natureza quantitativa realizado em um hospital da rede privada de saúde, no período de janeiro a maio de 2014. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram do estudo 30 pacientes. Os dados foram coletados diariamente durante o exame físico por meio de um instrumento semiestruturado. Resultados: Elencaram-se 20 fatores de riscos. Os mais frequentes foram: escore na Escala de Braden (EB) <18, agentes farmacológicos, alteração na função cognitiva, atrito em superfície, déficit do autocuidado, forças de cisalhamento, incontinência, nutrição inadequada, pressão sobre proeminência óssea, redução na mobilidade, redução na perfusão tissular e umidade da pele. Conclusão: A identificação dos fatores de risco de UP reforça a importância da implementação do processo de enfermagem (PE) a esses pacientes, colaborando com o planejamento das ações do enfermeiro fundamentadas e adequadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

DESCRITORES: Úlcera por pressão. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of risk factors for the nursing diagnosis of pressure ulcer (PU) risk in accordance with the taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) in patients in the intensive care unit (ICU). Methods: Cross-sectional quantitative study conducted in a hospital of the private health system, from January to May 2014. The project was approved by the Research Ethics Committee. The study included 30 patients; data were collected daily during physical examination by a semi-structured instrument. Results: Twenty risk factors in total were listed, with the most frequent being: score on the Braden Scale (BS) <18, pharmacological agents, change in cognitive function, surface friction, self-care deficit, shear forces, incontinence, inadequate nutrition, pressure on bony prominence, reduced mobility, reduced tissue perfusion and skin moisture. Conclusion: The identification of pressure ulcer risk factors reinforces the importance of the implementation of the nursing process in these patients, collaborating with the planning of reasoned and adequate nurse's actions according to the needs of each individual.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Nursing diagnosis. Nursing care. Stomatherapy.

¹Universidade Potiguar (UnP) – Natal (RN), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Barão de Lucena, 62, Torre 2, Apto. 1703 – CEP: 59066-285 – Natal (RN), Brasil – E-mail: sousajunior@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.

³Universidade de Pernambuco (UPE) – Caruaru (PE), Brasil.

Artigo recebido em: 29/02/2016 – Aceito para publicação em: 29/03/2016

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de los factores de riesgo para el diagnóstico de enfermería del riesgo de úlcera por presión, de acuerdo a la taxonomía II de la *North-American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) en pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Métodos: Estudio cuantitativo trasversal realizado en un hospital del sistema privado de salud, en el período desde enero hasta mayo de 2014. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación. El estudio incluyó a 30 pacientes, y se recogieron datos todos los días durante el examen físico por medio de un instrumento semiestructurado. Resultados: Se enumeran hasta 20 factores de riesgos, y los más frecuentes fueron: puntuación en la Escala de Braden <18, agentes farmacológicos, cambio en la función cognitiva, fricción superficial, déficit del autocuidado, fuerzas de corte, incontinencia, nutrición inadecuada, presión sobre la prominencia ósea, movilidad reducida, perfusión tisular reducida y humedad de la piel. Conclusión: La identificación de los factores de riesgo de la úlcera por presión refuerza la importancia de la aplicación del proceso de enfermería en estos pacientes, lo que colabora con la planificación de las acciones de enfermería motivadas y adecuadas de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

DESCRIPTORES: Úlceras por presión. Diagnóstico de enfermería. Cuidados de enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a qualidade da assistência à saúde é algo presente em âmbito nacional e internacional, desde a década de 1980, em razão do envelhecimento global da população, dos escassos recursos disponíveis e dos altos custos para manutenção dos serviços. Assim, para os gerentes de enfermagem e administradores de serviços de saúde, as úlceras por pressão (UPs) representam um grave problema e um desafio à equipe, em termos de sofrimento pessoal e econômico, uma vez que consomem demasiadas horas de enfermagem e recursos do sistema de saúde¹.

O desenvolvimento das UPs está etiologicamente associado a dois fatores determinantes, a duração e a intensidade da pressão. Tais lesões ocorrem quando a área afetada sofre morte celular, caracterizada pela compressão entre uma superfície rígida e uma proeminência óssea por um período de tempo prolongado. Outros fatores potencializam a sua ocorrência, como os fatores intrínsecos e extrínsecos². Aos fatores intrínsecos ao paciente elencam-se a idade, a imobilidade, o estado nutricional, as anemias, as infecções, as incontinências e a sensibilidade cutânea. Já no que concerne aos fatores extrínsecos, decorrentes do ambiente, destacam-se: cisalhamento do lençol, umidade, higiene deficiente, ausência de mudança de decúbito, uso de instrumentos ortopédicos, sondas fixadas de forma inadequada, uso incorreto de agentes físicos e químicos, tipos de colchões e assentos inadequados³.

Assim, compreende-se que as UPs são uma das complicações frequentes em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva (UTI), uma vez que estes

estão expostos a fatores de risco para seu desenvolvimento, como: idade, déficit no estado nutricional, estado geral comprometido, inconstância hemodinâmica, limitação da mobilidade, decorrentes de patologias diversas ou sequelas destas⁴.

No ambiente de terapia intensiva, a enfermagem possui uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um processo sistemático para proporcionar o cuidado ao paciente. O processo de enfermagem (PE) é definido por uma conduta deliberada de resolução de problema para atender às necessidades de enfermagem e de cuidados de saúde das pessoas. Esse processo é formado pelas seguintes etapas: histórico; diagnósticos de enfermagem (DEs); planejamento das ações; implementação; evolução⁵.

No PE, a etapa DEs envolve a avaliação clínica das respostas do paciente ou dos grupos aos problemas de saúde e fornece a base para as intervenções do enfermeiro, objetivando atingir os resultados esperados. Por meio do raciocínio clínico referente os dados coletados por intermédio de um roteiro de entrevista e de exame físico, é possível identificar os diagnósticos de enfermagem⁵. No que diz respeito à classificação dos diagnósticos de enfermagem, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I) tem contribuído para o crescimento e aperfeiçoamento desses diagnósticos, como também para o desenvolvimento de um sistema com vistas a classificá-los em uma taxonomia⁶.

Assim, destaca-se o PE como o método científico inerente à profissão, direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que organiza e respalda o trabalho do enfermeiro⁷. Além disso, a SAE visa atender à Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), porém sua

implementação ainda é um ideal a ser alcançado, mesmo sabendo dos requisitos indispensáveis para tal objetivo. Essa situação vem mobilizando enfermeiros, gestores e pesquisadores a assumirem posturas favoráveis à implementação da SAE⁸.

Com o intuito em contribuir para a identificação dos diagnósticos em pacientes com risco para o surgimento de UPs, a NANDA-I incluiu um novo DE, denominado risco de UP (00249), encontrado no domínio 11, segurança/proteção, na classe 2 de lesão física. Tal DE é norteado por 42 fatores de riscos respaldados cientificamente pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), que é a referência internacional para as UPs^{6,9,10}.

Anteriormente, o DE da NANDA-I que correspondia à vulnerabilidade do paciente à UP era o risco de integridade da pele prejudicada (00047), que abordava aspectos gerais inerentes à integridade tissular. Com o novo DE pode-se perceber fatores específicos que colaboram para o desenvolvimento das UPs, e para a identificação destas, utilizando-se de vários instrumentos, dentre os quais se destaca a Escala de Braden (EB), que avalia o risco do paciente em desenvolver UPP¹¹.

O objetivo do estudo foi identificar a prevalência dos fatores de risco para o DE risco de UP, de acordo com a taxonomia II da NANDA-I, em pacientes na UTI, o que possibilitará o direcionamento para uma sistematização do trabalho do enfermeiro que contribua para o cuidado prestado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa, envolvendo pacientes internados na UTI, realizado em um hospital da rede privada de saúde, na cidade de Caruaru (PE), no período de janeiro a maio de 2014. No serviço pesquisado a SAE encontrava-se em fase de implementação, havia dois meses, e os DEs estavam sendo registrados pelos enfermeiros nas evoluções diárias da UTI. A população foi constituída por pacientes críticos de ambos os sexos admitidos na UTI durante a realização do estudo. Para a composição da amostra, foram adotados os seguintes critérios: ter mais de 18 anos; não apresentar UP no momento de admissão na UTI; pacientes acamados considerados críticos, permanecer na UTI por, no mínimo, 72 horas. Os critérios de exclusão foram: ser transferido para outra unidade hospitalar; obter alta da UTI; paciente evoluir a óbito.

Após aplicação dos critérios de seleção, foram recrutados 30 pacientes, que compuseram a amostra deste estudo.

A primeira parte da coleta de dados aconteceu por meio de um roteiro de entrevista segundo os domínios da taxonomia II da NANDA-I. Foram analisados os prontuários dos pacientes, os exames laboratoriais, os exames físico e clínico, além de registros no prontuário, como prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, a fim de verificar a frequência de algum dos 42 fatores de risco publicados na NANDA-I. No entanto, para auxiliar na identificação dos fatores supracitados utilizou-se a EB, que mostrou ser mais adequada aos pacientes do estudo. Esse instrumento determinou o risco/exposição do paciente em desenvolver UP, constados na NANDA-I.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os pesquisados e/ou seu responsável, no qual foram assegurados o sigilo dos dados e o anonimato. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 22350513.6.0000.5203, em observância a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Em relação ao aspecto sociodemográfico da amostra pesquisada, dos 30 pacientes analisados, 80,0% eram do sexo feminino, e 20,0%, do masculino. Quanto à faixa etária, 86,6% tinham idade maior que 60 anos, seguidos de 13,4% compreendidos na faixa etária de 20 a 30 anos. Observou-se que o tempo de permanência destes na UTI variou entre 5 e 25 dias.

Após a coleta dos dados foram efetuadas algumas considerações acerca da sistematização da assistência de enfermagem com o paciente com fatores de risco para o DE risco para UP, na identificação desse DE, a ser utilizado para fomento técnico-científico no âmbito assistencial. Os 42 fatores de risco elencados para o novo DE estão descritos no Quadro 1.

A partir do julgamento clínico dos problemas reais e potenciais dos pacientes, foram estabelecidos 20 fatores de risco para o DE risco para UP, dispostos no Quadro 2, de acordo com a sua frequência, sendo comentados os de frequência superior a 50,0%.

Reitera-se que os fatores relacionados ao DE risco para UP foram fundamentados na NANDA-I, a qual evidencia a importância da sistematização da assistência de enfermagem com a identificação de diagnósticos, definidos como

avaliação clínica acerca das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde ou processos vitais, sejam eles reais ou potenciais, os quais propiciam a base para a eleição das intervenções de enfermagem para alcançar os resultados, os quais são de responsabilidade do enfermeiro⁶.

O estudo possibilitou elencar 20 fatores de risco relacionados ao DE supracitado, e, em sua totalidade, apresentaram frequência superior a 50%. Os de maior prevalência foram: escore na EB <18, agentes farmacológicos, alteração na função cognitiva, redução na mobilidade, alteração na sensibilidade, atrito em superfície, forças de cisalhamento, pressão sobre proeminência óssea, umidade da pele, incontinência, uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade, déficit do autocuidado, nutrição inadequada redução na perfusão tissular, os quais obtiveram prevalência de 100%. Outros fatores relacionados com frequência elevada merecem destaque: doença cardiovascular (86,6%), extremos de idade (86,6%), gênero feminino (80,0%), extremos de peso (63,3%), circulação prejudicada (53,3%) e desidratação (53,3%).

Quadro 2. Distribuição da frequência (n=30) dos fatores de risco identificados nos participantes do estudo.

Fatores de risco	f	%
Escore na Escala de Braden <18	30	100,0
Agentes farmacológicos	30	100,0
Alteração na função cognitiva	30	100,0
Redução na mobilidade	30	100,0
Alteração na sensibilidade	30	100,0
Atrito em superfície	30	100,0
Forças de cisalhamento	30	100,0
Pressão sobre proeminência óssea	30	100,0
Umidade da pele	30	100,0
Incontinência	30	100,0
Uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade	30	100,0
Déficit do autocuidado	30	100,0
Nutrição inadequada	30	100,0
Redução na perfusão tissular	30	100,0
Doença cardiovascular	26	86,6
Extremos de idade	26	86,6
Gênero feminino	24	80,0
Extremos de peso	19	63,3
Circulação prejudicada	16	53,3
Desidratação	16	53,3

Quadro 1. Fatores de risco do diagnóstico de enfermagem risco para úlcera por pressão. *North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I, 2015)*.

1. ADULTO: escore na Escala de Braden <18	2. Escore >2 na classificação <i>Funcional da New York Heart Association (NYHA)</i>	3. Linfopenia
4. CRIANÇA: Escala de Braden <16	5. Escore de classificação do estado físico da <i>American Society of Anesthesiologists (ASA) > 2</i>	6. Nutrição inadequada
7. Agentes farmacológicos (p. ex., anestesia geral, vasopressores, antidepressivos)	8. Espessura reduzida da dobra da pele do tríceps	9. Pele em descamação
10. Alteração na função cognitiva	11. Extremos de idade	12. Pele ressecada
13. Alteração na sensibilidade	14. Extremos de peso	15. Período de imobilidade prolongada sobre superfície rija (p. ex., procedimento cirúrgico >2 h)
16. Anemia	17. Forças de cisalhamento	18. Pressão sobre proeminência óssea
19. Atrito em superfície	20. Fratura de quadril	21. Redução na mobilidade
22. Baixo escore na escala de <i>Risck Assessment Pressure Sore (RAPS)</i>	23. Gênero feminino	24. Redução na oxigenação tissular
25. Circulação prejudicada	26. Hipertermia	27. Redução na perfusão tissular
28. Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de úlcera por pressão	29. História de acidente vascular encefálico	30. Redução no nível de albumina sérica
31. Déficit no autocuidado	32. História de trauma	33. Tabagismo
34. Desidratação	35. História de úlcera por pressão	36. Temperatura elevada da pele em torno de 1-2°C
37. Doença cardiovascular	38. Imobilização física	39. Umidade da pele
40. Edema	41. Incontinência	42. Uso de lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade

DISCUSSÃO

A EB foi construída por Braden e Bergstron, com o objetivo de diminuir a incidência de UP no serviço onde trabalhavam¹². Ela foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Wana Paranhos, em 1999, permitindo adequada utilização no Brasil. A EB está amparada na fisiopatologia das UPs e permite uma avaliação dos aspectos relevantes ao desenvolvimento da úlcera, segundo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os cinco primeiros subescores recebem uma pontuação que varia de um a quatro, enquanto fricção e cisalhamento, de um a três. A soma de cada subescore resulta na estratificação em faixas, em que os menores valores indicam as piores condições¹³. Assim, 100% dos sujeitos do estudo apresentaram como fator de risco um escore na EB <18.

Neste estudo, os sujeitos, em sua totalidade, estavam expostos a agentes farmacológicos (sedativos, analgésicos, vasoativos, antibióticos, imunossupressores). Comprovadamente, esses fármacos podem ter influência direta no desenvolvimento de UP, pelas alterações sistêmicas que provocam no organismo humano. Por conseguinte, as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas alteram as funções fisiológicas da pele. Diante disso, alguns remédios podem levar a imobilidade e, conseqüentemente, perda da capacidade funcional, elevando, assim, o risco de o paciente desenvolver uma UP, o que requer maiores cuidados da equipe de enfermagem¹⁴.

Em decorrência de algumas patologias de origem neurológica, ocorre a diminuição do nível de consciência, mobilidade do paciente e percepção sensorial, impedindo-o de perceber a dor e desconforto¹⁵. No entanto, os pacientes que apresentam alterações cognitivas, independentemente de seu estágio, demonstram relações com o desenvolvimento de UP, uma vez que isso interfere na capacidade de se movimentar sozinho, já que não percebem a dor e/ou o desconforto¹⁶. Tais alterações estão diretamente ligadas aos fatores relacionados: função cognitiva, redução da mobilidade e alteração na sensibilidade, encontrados em 100% dos sujeitos do estudo.

Nesse contexto, pacientes acamados com mobilidade reduzida estão sujeitos à ação de forças como atrito, pressão, cisalhamento e fricção, o que define o desenvolvimento da UP, caso não sejam adotadas medidas de prevenção que diminuam seus efeitos. Tais forças vêm sendo apontadas como um dos principais fatores extrínsecos que contribuem para

o desenvolvimento das UP, uma vez que ocorrerá má perfusão tecidual, diminuindo a tolerância do tecido à pressão sobre uma proeminência óssea, fazendo com que aconteça morte celular e necrose tecidual, resultando, assim, em uma UP¹⁷. Os fatores forças de cisalhamento, pressão sobre proeminência óssea e atrito em superfície foram demonstrados em 100% dos pacientes estudados.

Ainda com relação ao nível de consciência, complicações neurológicas podem acarretar em distúrbios que resultam em uma umidade excessiva, tais como incontinências urinárias, incontinências fecais, transpiração excessiva, dentre outras. Assim, uma umidade presente por um tempo prolongado pode acarretar na maceração e ruptura da pele e, conseqüentemente, no desenvolvimento de uma UP¹⁵. O fator umidade da pele foi observado em 100% dos participantes deste estudo.

Outro fator encontrado no estudo foi o item incontinência (100%). Este se relaciona diretamente com o uso de sedativos, alterações cognitivas e neurológicas. Com as alterações cognitivas e neurológicas, os pacientes não têm controle sobre seu corpo e suas necessidades fisiológicas ocorrem de forma involuntária, ficando expostos à umidade. Esta, causada pela incontinência urinária ou fecal em um paciente com déficit do autocuidado, torna-o susceptível às lesões¹⁵⁻¹⁸.

Segundo as recomendações da NPUAP, em relação exposição do paciente à umidade, sugere-se, além de aumentar a frequência de trocas de fraldas para pacientes com incontinência urinária e/ou fecal, utilizar dispositivos que minimizem o contato da umidade com o paciente, causada pelas incontinências. Assim, atualmente, estão disponíveis lençóis com um alto poder de absorção que podem ser descartáveis e/ou laváveis, impedindo, assim, o contato desses fluidos com a pele, o que evita a maceração, fator que contribui para o desenvolvimento das UPs^{10,16}. Observou-se, no estudo, que 100,0% dos pacientes que apresentavam incontinências estavam utilizando lençóis com propriedade insuficiente de redução da umidade.

O déficit do autocuidado está correlacionado a alguns fatores, como: higienização corporal, manutenção da pele seca, sentar-se corretamente, realizar mudança de decúbito, higiene perineal após as eliminações e alimentar-se. Tais fatores interferem no processo de desenvolvimento das UPs; com isso, 100% da amostra apresentou déficit do autocuidado como fator de risco para o desenvolvimento de UP¹⁸.

O fator nutricional é um aspecto que apresenta um fator relevante no desenvolvimento dessas lesões. Todos os pacientes analisados apresentavam nutrição inadequada. Nesse contexto,

o aporte nutricional, determinado primeiramente por uma avaliação do estado nutricional e, subsequentemente, por uma prescrição adequada para suprir as necessidades diárias de cada indivíduo de forma singular, resulta em um estado clínico ideal que colabora para a manutenção do organismo e, consequentemente, para a integridade tissular da pele, além de favorecer a regeneração e o processo cicatricial da pele¹⁶.

Assim como as drogas vasoativas, doenças cardiovasculares também interferem na perfusão tissular. A pressão capilar presente na terminação arterial da pele, em condições normais, apresenta-se em torno de 32 mmHg, e, na terminação venosa, em torno de 12 mmHg. No entanto, algumas situações podem interferir na perfusão tissular, tais como: síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), diminuição da pressão sanguínea decorrente de alterações cardiovasculares, choque hemorrágico, choque séptico, pressão externa prolongada maior que 32 mmHg. O paciente, quando exposto a quaisquer situações dessas, sofre com a interrupção do fluxo sanguíneo para a área de atrito, a qual interfere na nutrição e oxigenação dos tecidos do local, podendo acarretar em hipóxia, isquemia, acidose tecidual, edema e necrose tissular, resultando, então, em uma UP¹⁹. Com isso, ao analisar os sujeitos do estudo foram evidenciados os seguintes fatores de risco: redução na perfusão tissular (100%), doença cardiovascular (86,6%) e circulação prejudicada (53,3%).

Com o envelhecimento, aparecem as alterações e os desgastes em diversos sistemas funcionais, situações que ocorrem progressivamente e normalmente são irreversíveis. Essas alterações se tornam condições de risco para o agravamento das condições clínicas que aumentam com a idade avançada e, concomitantemente, aumentam a probabilidade do aparecimento das UP²⁰. Neste estudo, o fator risco extremos de idade foi encontrado em 86,6% dos pesquisados.

Estudos apontam o sexo feminino como um fator de risco para o surgimento de UP, evidenciado pela presença dessas lesões predominantemente nessa população. Porém, em outros estudos realizados no Sudeste do país, verifica-se a divergência desse fator, por não encontrar explicação genética para tal ocorrência. Neste estudo, observou-se que 80,0% dos participantes eram do sexo feminino²¹⁻²³.

Em relação ao fator relacionado extremos de peso, 63,3% dos pesquisados enquadravam-se entre obesos e caquéticos. Assim, extremos de peso configura-se um fator intrínseco que

deve ser levado em consideração quando se fala em desenvolvimento de UP. Pacientes obesos, geralmente, apresentam dificuldade de se mover no leito, ficando com restrição na mobilidade devido ao excesso de peso. Assim, em vez de se levantarem, estes se arrastam no leito, o que pode desencadear tais lesões. Além disso, no obeso, o fator umidade oriunda do suor também se torna um agravante, uma vez que o suor pode se alocar nas camadas de gordura da pele, provocando a maceração, o que proporciona maior risco nesses pacientes. Por outro lado, os pacientes caquéticos, por possuírem diminuição de tecido adiposo sobre as proeminências ósseas, ficam mais propensos à força de pressão sobre tais áreas²¹.

Alguns minerais, como o zinco, aumentam a proliferação celular e, consequentemente, a resistência do colágeno e a epitelização. Assim, o fator desidratação, encontrado em 53,3% dos pesquisados, está relacionado com o desequilíbrio hidroeletrolítico, o qual acomete a pele por meio do seu ressecamento, aumentando, assim, a suscetibilidade para o desenvolvimento das UPs²⁴.

CONCLUSÃO

A identificação dos fatores de risco de UP reforça a importância da implantação do PE voltada a esses pacientes. Além de corroborar a formulação do DE, auxilia no planejamento das ações do enfermeiro, fundamentadas e adequadas de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Os resultados do estudo possibilitaram a identificação dos fatores de risco para o DE risco de UP, segundo a taxonomia II da NANDA-I.

Assim, nos 30 pacientes admitidos na UTI foram identificados 20 fatores de risco para o DE supracitado, segundo a taxonomia II da NANDA-I, cuja frequência total observada foi superior a 50%.

A baixa prevalência de publicações acerca dos DEs em pacientes com risco de UP constituiu-se de uma limitação do presente estudo.

Contudo, é de suma importância o avanço de estudos relacionados à identificação dos fatores de risco para formulação dos DEs, com o intuito de direcioná-los à análise das dificuldades dos pacientes que demandam intervenções específicas de enfermagem. Dessa maneira, pode-se colaborar para o progresso científico da profissão.

REFERÊNCIAS

- Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(2):333-9.
- Silva DP, Barbosa MH, Araujo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Eletrônica Enferm*. 2011;13(1):118-23.
- Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *J Res Fundam Care*. 2014;6(2):793-804.
- Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden inter observadores. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):24-8.
- Brunner & Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- North American Nursing Diagnoses Association (NANDA International). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association): Definições e classificação (2015-2017)*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):297-303.
- Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2000;49(3):146-53.
- Cruz DALM, Guedes ES, Santos MA, Sousa RMC, Turrini RNT, Maia MM. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):197-204.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *Guia Internacional. Prevenção de úlceras por pressão: Guia de referência rápida; 2014* [Internet]. [cited 2016 May 09]. Available from: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>
- Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(6):1109-16.
- Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of Braden Scale for predicting pressure sores risk. *Decubitus*. 1989;2(3):44-51.
- Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):143-50.
- Nogueira GA, Assad LG. Avaliação de risco para úlcera por pressão: contribuição para o cuidado de enfermagem na unidade de clínica médica. *Rev Enferm UFPE*. 2013;7(11):6462-70.
- Freitas JPC, Alberti, LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):515-21.
- Rolim JA, Vasconcelos JDMB, Caliri MHL, Santos IBDC. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Rev Rene*. 2013;14(1): 148-57.
- Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello BS, Azambuja F, de Fátima LA. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):454-61.
- Serpa LF, Santos VLCC, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(1):50-7.
- Campanili TCGF, Santos VLCC, Strazzeri PKC, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe):7-14.
- Moro A, Maurici A, Valle JB, Zaclikevis VR, Kleinubing JH. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;53(4):300-4.
- Fernandes MG, Costa KN, Santos SR, Pereira MA, Oliveira DS, Brito SS. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):56-60.
- Araújo TM, Araújo MF, Cavalcante CS, Barbosa Júnior GM, Caetano JA. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):381-5.
- Fernandes NC, Torres GV. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(3):304-10.
- Andrade SDR, Santos VSARS, Souza KRF. Atuação de enfermeiros de Home Care na prevenção de úlceras por pressão. *Cad Grad - Ciências Biológicas e da Saúde FACIPE*. 2013;1(1):21-35.

Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa

Predisposing factors for the development of pressure injury in elderly patients: an integrative review

Factores predisponentes para el desarrollo de la lesión por presión en pacientes ancianos: una revisión integrada

Nauã Rodrigues de Souza¹, Daniela de Aquino Freire¹, Marcos Antonio de Oliveira Souza¹, Jessica Thamires da Silva Melo², Laísa de Veras dos Santos², Magaly Bushatsky²

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar na literatura científica fatores predisponentes para o surgimento das lesões por pressão (LP) em pacientes idosos. Foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e na biblioteca *Scientific Electronic Library Online*, incluindo publicações nacionais e internacionais, no período de 2006 a 2016. Nos 21 artigos analisados houve predominância de risco para desenvolvimento das LP no sexo feminino, e em 9 artigos a variável avanço da idade estava relacionada aos fatores de risco. Os diagnósticos mais observados para o desenvolvimento das LP foram: acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, cardiopatias, neuropatias e pneumopatias. Sete artigos relacionam a variável alteração da pele e nove associam o uso de medicamentos com a ocorrência de LP nos idosos. Quanto ao aspecto nutricional, 11 artigos avaliaram a relação com a imobilidade do paciente, pois a má nutrição pode influenciar sua capacidade funcional. Ressalta-se, assim, que as lesões por pressão constituem um sério problema comumente identificável em idosos tanto hospitalizados quanto em cuidado domiciliar e em instituições de longa permanência, especialmente quando eles apresentam comprometimento de sua capacidade funcional, evidenciando, a partir das observações, a relevância para a prática clínica e para o cuidado de enfermagem com ênfase na assistência integral e individualizada.

DESCRITORES: Lesão por pressão. Fatores predisponentes. Idoso. Estomatoterapia.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify, in the scientific literature, predisposing factors for the appearance of pressure injuries (PI) in elderly patients. An integrative review was carried out in the databases: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde*, *Base de Dados de Enfermagem*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* and *Scientific Electronic Library Online*, including national and international publications, from 2006 to 2016. In the 21 articles analyzed, being a female was a predominant risk factor for the development of PI; and in 9 articles, advancing age was a risk factor. The most frequent diagnoses for the development of PI were: strokes, systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, heart diseases, neuropathies

¹Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba – Recife (PE), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Leão Coroado, 42 – Boa Vista – CEP: 50060-250 – Recife (PE), Brasil – E-mail: nauan_1@hotmail.com

²Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Artigo recebido em: 14/02/2017 – Aceito para publicação em: 05/07/2017

and pneumopathies. Seven articles related to the variable of skin alteration and nine associated the use of medications with the occurrence of PI in the elderly. Regarding nutritional aspects, 11 articles evaluated the relationship with patient immobility, since malnutrition may influence the patient's functional capacity. It should be emphasized that PI are a serious problem that is commonly identifiable in hospitalized elderly people, as well as in home care and in long-term care facilities, especially when they present impairment of their functional capacity, showing, according to the observations made, the relevance of clinical practice and nursing care with an emphasis on comprehensive and individualized care.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Predisposing factors. Elderly. Stomatherapy.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar en la literatura científica los factores que predisponen para la aparición de lesiones por presión (LP) en pacientes de edad avanzada. Una revisión integradora en las siguientes bases de datos se llevó a cabo: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde*, *Base de Dados de Enfermagem*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* y *Scientific Electronic Library Online*, incluyendo publicaciones nacionales e internacionales, de 2006 a 2016. En los 21 artículos analizados, el factor de riesgo predominante para el desarrollo LP ocurrió en el sexo femenino, y en 9 artículos, la variable edad avanzada estaba relacionada con factores de riesgo. Los diagnósticos más frecuentes para el desarrollo de LP eran: accidente cerebrovascular, hipertensión, diabetes mellitus, cardiopatías, neuropatías y neumopatías. Siete artículos relacionan factores de riesgo para LP en los ancianos con la variable alteración de la piel y 9 asocian al uso de drogas. En cuanto al aspecto nutricional, 11 artículos evaluaron la relación con la inmovilidad del paciente, puesto que la mala nutrición puede influir en la capacidad funcional del paciente. Se enfatiza, así, que las LP son un grave problema comúnmente identificable tanto en pacientes de edad avanzada hospitalizados como en el cuidado domiciliar y en instituciones de larga permanencia, especialmente cuando presentan comprometimiento de su capacidad funcional. Se evidencia, a partir de las observaciones, la pertinencia para la práctica clínica y cuidados de enfermería con énfasis en la atención integral e individualizada.

DESCRIPTORES: Úlcera por presión. Factores predisponentes. Ancianos. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Existem vários termos de definição para lesão por pressão (LP), como escaras, úlcera de decúbito, úlcera por pressão e ferida de pressão¹. As LP são consideradas crônicas e sabe-se que ocorrem por meio da compressão entre uma proeminência óssea e uma superfície durante um período de tempo prolongado, levando à morte celular e, conseqüentemente, ao aparecimento das feridas².

Isso ocorre a partir de dois determinantes etiológicos críticos: a intensidade e a duração da pressão. Existem, ainda, os fatores extrínsecos: fricção, cisalhamento, umidade, e os intrínsecos: redução e/ou perda da sensibilidade, força muscular e imobilidade. É uma questão complexa que, além de gerar dor, deformidades e terapêutica longa, é de difícil resolutividade. No entanto, se for ofertada uma assistência de qualidade e individual, as conseqüências podem ser minimizadas e o restabelecimento efetivo³.

A LP atinge em torno de 9% de todos os pacientes internados, sendo a maioria idosos, e cerca de 23% dos acamados que estão em tratamento residencial⁴. Os idosos

são as pessoas mais susceptíveis a desenvolver LP, devido às próprias condições causadas pelo envelhecimento do corpo humano, como a diminuição da espessura da pele, das fibras elásticas e rigidez do colágeno, além da redução do tecido adiposo subcutâneo nos membros, diminuição de capilares da derme, que pode ocasionar a redução do suplemento sanguíneo e a desidratação da pele, os quais são fatores que predispoem ao surgimento das lesões^{5,6}.

Em idosos, o envelhecimento ocorre de forma progressiva e irreversível e ocasiona diversas modificações em seu sistema fisiológico⁶. Além do aparecimento de doenças crônico-degenerativas, podem ocorrer restrições motoras, visuais, intelectuais e auditivas em pessoas com idades mais avançadas, reduzindo sua condição de saúde. O envelhecimento proporciona fatores predisponentes para o desenvolvimento e agravamento do estágio inicial da LP e, conseqüentemente, uma maior probabilidade de surgir uma LP⁷.

O sucesso na prevenção e na diminuição das LP depende do conhecimento dos fatores predisponentes e da habilidade da equipe de saúde, principalmente da equipe de enfermagem que presta assistência direta aos pacientes de maneira

individualizada⁸. Contudo, torna-se indispensável abranger os fatores predisponentes individuais e institucionais que influenciam o uso das evidências pelos profissionais, de forma que as estratégias possam ser planejadas e utilizadas⁹.

Desse modo, o enfermeiro, além de se tornar o ator fundamental para avaliação habitual do idoso, deve fornecer medidas de prevenção eficazes para esse agravo. É extremamente essencial que este profissional apresente conhecimento sobre as principais causas e complicações ocasionadas pela LP, distinguindo e classificando o grau de dependência e prescrevendo os cuidados de enfermagem essenciais na prevenção do surgimento da LP¹⁰.

As lesões na pele ainda são um problema que desafia os profissionais de saúde, pois mesmo sendo evitáveis, existe um grande número de LP na prática clínica, como é o caso dos pacientes com mobilidade física restrita. Entre as principais consequências desse agravo, podemos citar o aumento do tempo e do custo de internamento hospitalar, impacto negativo no serviço prestado e diminuição no bem-estar dos indivíduos¹.

O surgimento das LP ocorre em geral de forma rápida e progressiva. As complicações ao indivíduo são diversas, entre elas destacamos: tratamento e reabilitação demorada, alteração na qualidade de vida devido ao surgimento de dor e elevação do risco de mortalidade⁶. Diante dessa problemática abrangente, tanto para os pacientes quanto para os familiares, é importante conhecer e identificar os fatores mais prevalentes para a ocorrência das LP. Sendo assim, o presente estudo objetivou identificar na literatura científica os fatores predisponentes para o surgimento das LP em idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método específico que resume obras empíricas ou teóricas para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular, com potencial de apresentar o estado da ciência, contribuir para o desenvolvimento da teoria e ter aplicabilidade direta à prática e à política¹¹.

Para ser considerada uma pesquisa, a revisão de literatura deve seguir o mesmo rigor da pesquisa primária. Nesse sentido, foram consideradas as fases de pesquisa:

- identificação do problema e objetivo da pesquisa;
- pesquisa da literatura com foco sobre o tema a ser estudado;

- avaliação dos dados aplicando critérios de inclusão e exclusão;
- análise dos dados extraídos das fontes primárias, características da amostra e método, que, no caso, foi qualquer referência ao conceito de abandono/não adesão e fatores relacionados;
- como última fase, temos a apresentação da síntese, que retrata a construção dos conceitos e seus fatores relacionados¹¹.

Buscou-se responder ao seguinte questionamento: quais são os fatores predisponentes descritos na literatura para o desenvolvimento de LP em pacientes idosos?

Os critérios de inclusão adotados para a busca e seleção das publicações foram: artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais que abordassem a temática: fatores predisponentes para desenvolvimento de LP em pacientes idosos, divulgados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, no período de 2006 a 2016 e indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); disponibilizados na íntegra, diretamente pelo *site* da base ou pelo Portal Capes; localizáveis por intermédio da combinação dos seguintes descritores cadastrados no Portal de Descritores das Ciências da Saúde (DeCS): “úlceras por pressão”, “úlceras de pressão”, “fatores predisponentes” e “idoso”. Esses descritores foram combinados com os operadores booleanos AND e OR a fim de refinar os estudos de acordo com o tema em questão.

A busca foi realizada de forma ordenada, classificando-se na primeira análise os artigos nas seguintes categorias: fora do período considerado, que não disponibilizavam o texto completo, publicados em mais de uma base (duplicatas) e os selecionados para segunda análise. Posteriormente, realizou-se a leitura criteriosa do título e do resumo de cada publicação a fim de verificar a consonância com a pergunta norteadora da investigação. Quando houve dúvida referente à inclusão ou exclusão do estudo, o mesmo foi lido na íntegra para reduzir o risco de perdas de publicações relevantes ao estudo. Desse modo, aqueles que não abordaram o tema “fatores predisponentes para desenvolvimento de LP em pacientes idosos” foram descartados na segunda análise (Figura 1).

A coleta de dados se deu entre os meses de julho e agosto de 2016 e contou com o apoio de um instrumento de coleta de dados elaborado no *software* Microsoft Office Excel 2010, com as seguintes variáveis: título do artigo, autores, periódico, ano de publicação, país de origem do estudo, tipo/abordagem do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão, analisaram-se 21 artigos. Estes apresentaram diferentes características no que se refere aos países em que foram realizados, autores, tipo de estudo e periódico publicado. Essas características são evidenciadas no Quadro 1.

Com base no Quadro 1, foi possível observar, quanto à origem das publicações, que nove artigos eram brasileiros, sendo que cinco foram realizados no nordeste e quatro no sudeste; dois dos Estados Unidos da América, dois da Alemanha e outros com somente uma publicação: China, Turquia, Israel, Portugal e Espanha.

Quanto ao tipo de delineamento metodológico, evidenciou-se que a maioria ($n = 7$) são estudos retrospectivos que buscam uma maior compreensão dos fatores predisponentes para desenvolvimento de LP em idosos. Em relação ao quantitativo de publicações por ano, em 2012 houve cinco publicações, e nos anos de 2015 e 2010, três publicações cada. A revista que mais publicou sobre a temática em questão foi a Revista Acta Paulista de Enfermagem, com três publicações, as demais tiveram apenas uma. Observou-se que 15 artigos foram produzidos exclusivamente por enfermeiros^{2,3,13,17-20,23,24,26,27,29,30}; cinco por médicos^{12,14-16,22}; e dois conjuntamente por médicos e enfermeiros^{21,15}.

Variáveis associadas ao desenvolvimento de lesão por pressão

O Quadro 2 apresenta a síntese dos resultados dos estudos selecionados, abordando as principais variáveis associadas aos fatores predisponentes ao desenvolvimento das LP em idosos. Em relação ao sexo, os estudos apresentam

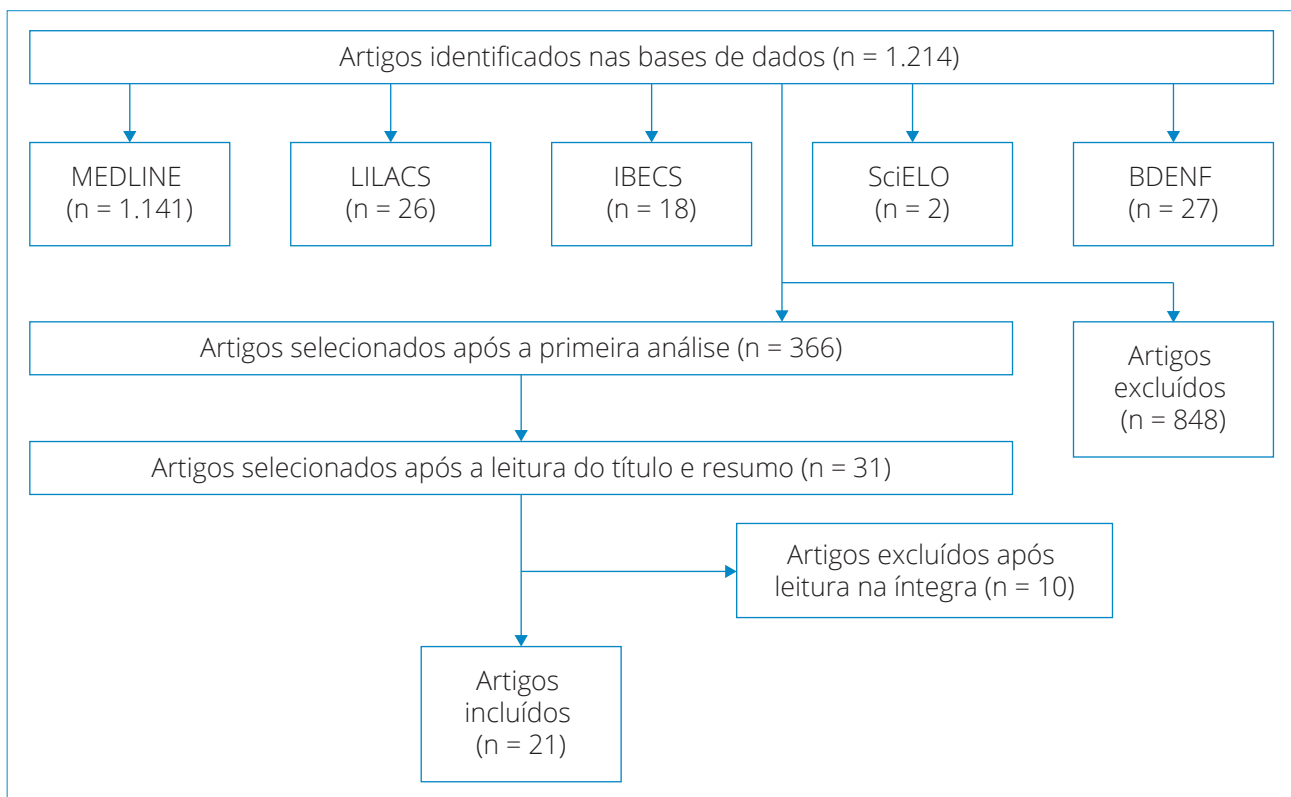


Figura 1. Processo de seleção dos estudos nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Base de Dados de Enfermagem (BDNF). Recife, Pernambuco, 2017.

Quadro 1. Caracterização da produção científica sobre os fatores predisponentes para úlcera por pressão em idosos. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017.

Título do artigo	Autores	Ano de publicação e país	Tipo de estudo	Periódico
<i>Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers</i>	Jaul e Calderon-Margalit ¹²	2015 Israel	Estudo retrospectivo	Int Wound J
Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática	Strazzieri-Pulido et al. ¹³	2015 Brasil	Revisão sistemática	Rev Esc Enferm USP
<i>Pressure ulcers and their associated factors in nursing home inmates</i>	Akca et al. ¹⁴	2015 Turquia	Revisão narrativa	J Coll Physicians Surg Pak
Caracterização e fatores predisponentes para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada	Vieira et al. ¹⁰	2014 Brasil	Estudo de coorte prospectivo	Rev Rene
<i>Obesity and pressure ulcers among nursing home residents</i>	Cai et al. ¹⁵	2013 Estados Unidos da América	Estudo retrospectivo	Med Care
<i>Hypotension is a risk factor for new pressure ulcer occurrence in older patients after admission to an acute hospital</i>	Man e Au-Yeung ¹⁶	2013 China	Estudo de coorte retrospectivo	J Am Med Dir Assoc
Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados à úlcera por pressão	Freitas e Alberti ¹⁷	2013 Brasil	Estudo de coorte prospectivo	Acta Paul Enferm
Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão	Aguiar et al. ¹⁸	2012 Brasil	Estudo quantitativo transversal	Acta Paul Enferm
Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio	Moraes et al. ¹⁹	2012 Brasil	Estudo longitudinal prospectivo	Acta Paul Enferm
Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da Escala de Waterlow	Fernandes et al. ²⁰	2012 Brasil	Estudo exploratório descritivo	Rev Enferm UERJ
<i>Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria</i>	Sancho et al. ²¹	2012 Espanha	Estudo quantitativo transversal	Atención Primaria
<i>Care-related risk factors for hospital-acquired pressure ulcers in elderly adults with hip fracture</i>	Baumgarten et al. ²²	2012 EUA	Estudo de coorte retrospectivo	J Am Geriatr Soc
Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de Unidade de Terapia Intensiva	Creutzberg et al. ²³	2011 Brasil	Estudo retrospectivo	Enferm Foco
Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores predisponentes	Freitas et al. ³	2011 Brasil	Estudo de coorte retrospectivo	Rev Gaúcha Enferm

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Título do artigo	Autores	Ano de publicação e país	Tipo de estudo	Periódico
<i>The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes</i>	Shahin et al. ²⁴	2010 Alemanha	Estudo quantitativo transversal	Nutrition
<i>Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: a nested case-control study</i>	Baumgarten et al. ²⁵	2008 EUA	Estudo de coorte/caso-controle	J Gerontol A Biol Sci Med Sci
<i>Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care – Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items</i>	Lahmann et al. ²⁶	2011 Alemanha	Estudo retrospectivo	J Eval Clin Pract
<i>Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors</i>	Kwong et al. ²⁷	2009 China	Estudo de coorte prospectivo	J Adv Nurs
<i>Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima</i>	Eleonora e Gissela ²⁸	2008 Espanha	Estudo descritivo transversal	Rev Enferm Hereditaria
<i>Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida</i>	Lobo ²⁹	2008 Portugal	Estudo exploratório descritivo	Rev Bras Geriatr Gerontol
Fatores predisponentes para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados	Souza e Santos ³⁰	2007 Brasil	Estudo de coorte prospectivo	Rev Latino- Am Enferm

Quadro 2. Síntese dos principais resultados dos artigos da presente revisão integrativa. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017.

Referências	Locais	Principais variáveis relacionadas aos fatores predisponentes
12	Hospital	DCNTs, IMC abaixo da média, uso de cateter urinário e anemia
20	Hospital	IMC acima da média, IMC abaixo da média, alterações na pele, presença de edema, déficit respiratório, circulatório, sensorial, nutricional, incontinência urinária, redução da mobilidade, DCNTs, anemia e uso de medicamentos
16	Hospital	Baixa pressão sistólica, longo tempo de permanência no hospital e uso de medicação
22	Hospital	Déficit nutricional e mental
10	Hospital	DCNTs, uso de medicação, turgor e elasticidade diminuídos, redução da mobilidade, confusão mental, depressão, infecção hospitalar e desnutrição
23	Hospital	Idade avançada, tempo de permanência no hospital
25	Hospital	Idade avançada, uso de medicação, tempo de permanência hospitalar, imobilidade, lesão da medula espinhal, pacientes cirúrgicos, muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Referências	Locais	Principais variáveis relacionadas aos fatores predisponentes
29	Hospital	Incapacidade de movimentação, déficit neurológico, perda de sensibilidade, idade avançada e nutrição desequilibrada
24	Hospital e instituição de longa permanência para idosos	DCNTs, anemia, uso de cateter urinário, baixo IMC e albumina, disfunção cognitiva e da consciência; uso de medicamentos e idade avançada
27	Instituição de longa permanência para idosos	Idade avançada, DCNTs, alteração da pele, imobilidade associada à instabilidade motora, adelgaçamento da pele e uso de medicamentos
03	Instituição de longa permanência para idosos	Uso de medicação, pouca habilidade de atividades da vida diária, função cognitiva, DCNTs, déficit de recursos humanos, déficit de nutrição, baixo nível de albumina
15	Instituição de longa permanência para idosos	Obesos
30	Instituição de longa permanência para idosos	Idade avançada, distúrbio urinário, cardiovascular, respiratório, neurológico e dermatológico, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento
26	Instituição de longa permanência para idosos	Nutrição prejudicada, atividade reduzida, fricção e cisalhamento
17	Serviço domiciliar	Déficit cognitivo, comprometimento de atividades da vida diária, DCNTs, idade avançada e uso de medicação
18	Serviço domiciliar	DCNTs, audição ou visão prejudicada, incontinência urinária ou fecal, declínio da capacidade funcional, uso de medicação, limitação física e déficit cognitivo
19	Serviço domiciliar	Idade avançada, percepção sensorial diminuída, umidade, fricção e cisalhamento da pele, atividade e mobilidade diminuídas e nutrição deficiente
02	Serviço domiciliar	Mobilidade diminuída, déficit nutricional e incontinência urinária
21	Serviço domiciliar	Déficit nutricional, comprometimento cognitivo e dependência física
14	Serviço domiciliar e hospital	Idade avançada, dependência para as atividades básicas de vida diárias, redução da mobilidade e comprometimento cognitivo
13	Centro de reabilitação	Baixo IMC, nutrição, redução da movimentação e alterações na a pele

DCNTs: doenças crônicas não transmissíveis; IMC: índice de massa corporal.

divergência, alguns com predominância de risco no sexo feminino^{2,13,10,17-21,24,30} e outros no masculino^{3,25}.

Em relação ao avanço na idade, observou-se que nove artigos trouxeram essa variável entre as relacionadas aos fatores predisponentes para desenvolvimento das LP. Estudo mostra que o paciente com idade adiantada é fator predisponente para o desenvolvimento de LP decorrente das modificações surgidas na pele e nos tecidos subcutâneos provenientes do próprio envelhecimento, evidenciadas por alterações cardiocirculatórias ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas²⁵.

Um estudo que avaliou a idade dos pacientes em relação a escores da Escala de Braden e ao aparecimento de LP revelou que a partir dos 70 anos ocorrem alterações, pois a partir dessa idade a pontuação da escala é reduzida devido à relação do aparecimento do agravo²⁸.

Para que ocorra um envelhecimento ativo é necessária uma combinação de fatores como idade, sexo, educação, sustentação da habilidade funcional, ou seja, o ser humano precisa ser inserido em um ambiente que preserve as suas condições de saúde, mesmo quando são comprometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A Organização das Nações Unidas (ONU), em suas políticas públicas para o envelhecimento, preconiza que o envelhecer é um processo ativo, sendo prioritário dar ênfase à qualidade de vida das pessoas com o intuito de ofertar um acesso à saúde digno e igualitário²⁵.

Observa-se que os diagnósticos mais citados em relação ao desenvolvimento das LP foram: acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, cardiopatias, neuropatias e pneumopatias, todos agrupados na categoria das DCNT, para assim ter um melhor entendimento. Essa variável foi encontrada em oito artigos^{3,10,12,17,18,20,24,27}.

O paciente idoso acometido de doença crônica pode precipitar mudanças na circulação sanguínea, que levam à diminuição do nível de oxigenação, fator essencial para o processo de cicatrização. Desse modo, esses pacientes podem apresentar retardos na cicatrização da pele, além da redução da sua resistência às lesões pela fragilidade advinda das referidas alterações¹⁵.

Foi relatado em um estudo, que avaliou a incidência de comorbidades, que pacientes com doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral e Parkinson têm uma maior predisposição para o surgimento de LP. Destaca-se a prevalência da hipertensão arterial com 67,8%, seguida de cardiopatia (30,1%), diabetes *mellitus* (27,3%), Parkinson (20,2%), Alzheimer (17%) e acidente vascular cerebral (14,2%)¹⁸.

O paciente que permanece por longo tempo no leito, por causa de alguma doença que tenha causado um déficit

cognitivo moderado ou grave, tem uma maior predisposição ao desenvolvimento de LP, uma vez que o grau de acometimento da cognição interfere na capacidade de movimentação¹⁸. O déficit cognitivo e o comprometimento neurológico foram vistos em oito artigos desta revisão^{3,14,17,18,21,25,29,30}. Estudos mostram que o comprometimento de atividades da vida diária é significativo para o surgimento de LP, já que a redução da capacidade funcional está associada à diminuição da mobilidade, variável vista em nove artigos^{2,10,13,14,19,20,25,27,29}.

Não obstante, o progresso da demência é um fato natural que inclui mobilidade prejudicada, podendo ser acompanhada de infecções, febres, pneumonia aspirativa e alterações alimentares que propiciam o aparecimento de LP¹².

No que se refere à variável alteração da pele, sete artigos^{13,20,19,20,27,29,30} trazem a relação com o desenvolvimento de LP. Um estudo²¹ identificou que a maioria (60%) dos idosos com pele saudável não apresentava risco para desenvolver LP. Os idosos com a pele muito fina e pele seca, 26 (28,3%) e 9 (34,8%), respectivamente, tinham alto risco. Quando foram analisados em relação ao edema, 16 (17,3%) o apresentavam, 4 (25%) um com altíssimo risco e 5 (31,3%) com um alto risco. Quanto à pele úmida e pegajosa, totalizava um (1,1%) artigo, bem como os de pele quebradiça/marcada, um (1,1%), porém, todos expressavam alto risco. Por fim, entre os que tinham pele descorada, 10 (10,9%) e 4 (40%) apresentavam alto risco, e 2 (20%), altíssimo risco para LP. Diante desse cenário, percebe-se que a pele com alteração, ou seja, não saudável, é um fator predisponente importante para LP. Dessa forma, ressalta-se a importância do cuidado dos profissionais de saúde a esses pacientes em relação à prevenção das LP.

Outro ponto importante foi observado em nove artigos^{3,10,16-18,20,24,25,27} que associam o uso de medicamentos e a ocorrência de LP nos idosos. Observa-se que aqueles com mobilidade física prejudicada pela condição de adoecimento e que fazem uso de medicação contínua têm predisposição para o desenvolvimento de LP²⁵.

Vale salientar que algumas medicações podem influenciar na cicatrização das lesões. O resultado do estudo demonstra que os efeitos de alguns medicamentos podem atrapalhar o processo de cicatrização das feridas e trazer consequências negativas para a pele, como o aparecimento de lesões e outras doenças cutâneas²⁶.

Outro estudo demonstrou que o uso contínuo de medicações pode ocasionar o surgimento de LP em idosos institucionalizados que apresentam mobilidade física lesada devido a sequelas de doenças²⁵.

Muitos pacientes idosos que fazem o uso de medicação contínua apresentam alterações significantes em respostas aos fármacos. A posologia da medicação também pode sofrer alterações em consequência da incidência crescente de doença com o envelhecimento e da tendência à polifarmácia para os idosos em LP. Alguns medicamentos como anti-inflamatórios alteram a resposta inflamatória do processo de cicatrização, enquanto imunossuppressores, quimioterápicos e radioterapia modificam a imunidade do organismo, afetando e reduzindo a cicatrização²⁵.

Além desses medicamentos, existem os psicotrópicos, que podem desencadear diversas alterações na pele, consideradas fatores predisponentes à manifestação das LP. Sabe-se que a insulina e os hipoglicemiantes orais também podem estimular o aparecimento de alterações na pele²⁶.

Dessa forma, o uso contínuo de medicamentos pode contribuir para o desenvolvimento das LP. As medicações que causam sedação interferem na mobilização do idoso, e os hipotensores diminuem o fluxo sanguíneo e a perfusão tecidual, aumentando a suscetibilidade do indivíduo às LP²⁵.

Em 11 artigos^{2,3,10,13,19-21,24,26,29,30} foi observado o aspecto nutricional relacionado à imobilidade do paciente, visto que a nutrição insuficiente pode influenciar na sua capacidade funcional, havendo interação entre estar acometido por doença e estar desnutrido. Tanto a doença pode causar a desnutrição secundária, como esta pode influenciar adversamente a doença subjacente²⁶.

Nesta perspectiva, entre os artigos analisados, três trazem o índice de massa corporal (IMC) abaixo da média¹²⁻²⁴, um, o IMC acima da média²⁰, dois, a diminuição da albumina^{3,24}, dois, a anemia^{12,24}, e um, a obesidade¹⁵; e essas foram apontadas como variáveis associadas ao desenvolvimento da LP.

A deficiência de nutrição nos idosos é um fenômeno de doença complexa, podendo ocasionar uma oxigenação de tecido baixa e, conseqüentemente, uma redução da quantidade de nutrientes, antibióticos e proteínas do tecido, além de reduzir o resultado da imunização do organismo. O processo de envelhecimento e fatores externos ocasionam mudanças na fisiologia humana, tais como prostração prolongada e incontinência, que acarreta umidade. Essas condições elevam a vulnerabilidade dos idosos a sofrerem diversos tipos de lesões, incluindo as LP³⁰.

Assim sendo, todos os doentes com predisposição a desenvolver LP necessitam realizar uma triagem em relação a sua situação nutricional. Caso comprove que há presença de algum risco de desnutrição, faz-se necessário realizar uma

avaliação mais complexa por um nutricionista, com intuito de oferecer apoio nutricional de acordo com a deficiência de cada indivíduo²⁶.

Sendo assim, o uso de protocolos de identificação dos fatores de risco, prevenção e tratamento de LP é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que qualifica o cuidado prestado, repercutindo no indicador de melhor qualidade assistencial do trabalho da enfermagem, por meio da redução da incidência de LP, visto que a ocorrência é um indicador do cuidado prestado³¹.

Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro, o que inclui a prevenção das LP. Isso requer uma avaliação dos pacientes com identificação de riscos para esse tipo de lesão e, conseqüentemente, implementação de intervenções de enfermagem^{32,33} para prevenir complicações que podem comprometer o estado de saúde e a qualidade de vida dos mesmos. A identificação dos pacientes em risco para LP é essencial à implantação de ações preventivas, desde o momento da internação até a sua alta³³. Um dos instrumentos de predição de risco para LP mais amplamente utilizado por enfermeiros é a Escala de Braden³⁴.

Quanto ao cenário das investigações, nove foram realizadas em hospitais, seis em instituições de longa permanência, seis em serviços domiciliares e uma em centro de reabilitação.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível observar que houve predominância de risco no sexo feminino, e que em nove artigos a variável avanço da idade estava relacionada aos fatores predisponentes para desenvolvimento das LP.

Os diagnósticos clínicos mais citados em relação ao desenvolvimento das LP foram: acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, cardiopatias, neuropatias e pneumopatias. O déficit cognitivo e o comprometimento neurológico foram vistos em oito artigos. Quanto à variável alteração da pele, em sete artigos ela está relacionada ao desenvolvimento de LP e nove artigos associam o uso de medicamentos com a ocorrência de LP nos idosos.

Sobre o aspecto nutricional, 11 artigos avaliaram a relação com a imobilidade do paciente, pois esse parâmetro de nutrição insuficiente pode influenciar sua capacidade funcional. Em relação ao cenário das investigações, nove foram realizadas em hospitais, seis em instituições de

longa permanência, seis em serviços domiciliares e uma em centro de reabilitação.

Pode-se concluir que as LP constituem um sério problema comumente identificável em idosos no âmbito hospitalar, em cuidado domiciliar e os que permanecem em instituições por muito tempo, portanto, deve ser tema de relevância para a prática clínica e para o cuidado de enfermagem. Sua incidência, além de relacionar-se com a condição clínica do idoso, também reflete a qualidade da assistência prestada por parte dos profissionais de saúde, uma vez que sua prevenção é de fácil execução e baixo custo.

Espera-se que este estudo possa contribuir para os profissionais e para outras pesquisas, uma vez que proporciona o conhecimento de algumas variáveis de risco para LP em idosos e identifica um diagnóstico situacional da temática. Este trabalho, atrelado a um planejamento de ações preventivas, contribui como ferramenta para a construção de um plano de assistência a ser implementado desde a admissão do idoso no hospital até a preparação para a alta, incluindo orientações para o cuidado domiciliar, uma vez que por esse meio é promovido o cuidado do idoso em seu próprio ambiente e não o expõe aos riscos presentes nos hospitais.

REFERÊNCIAS

- Cox J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *Am J Crit Care* [Internet]. 2011 [citado em 04 jan. 2017];20(5):364-75. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885457>
- Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pessoas hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2011 [citado em 04 jan. 2017];16(1):267-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029
- Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores predisponentes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Mar [citado em 04 jan. 2017];32(1):143-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100019
- Makai P, Koopmanschap M, Bal R, Nieboer A. Cost effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. *Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. 2010 [citado em 07 jan. 2017];8:11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20515473>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Ortolan MCAB, Biondo-Simões MLP, Baroni ERV, Auersvald A, Auersvald LA, Montemor Netto MR, et al. Influence of aging on the skin quality of white-skinned women: the role of collagen, elastic material density, and vascularization. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2013 [citado em 08 jan. 2017];28(1):41-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/08.pdf>
- Quirino DES, Faustino AM, Freitas RO, Oliveira AB, Medved IV. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Unidade de Internação Clínica. *Revista Estima* [Internet]. 2014 [citado em 08 jan. 2017];12(4). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/99>
- Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 10 jan. 2017];65(1):155-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023
- Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Rev Pesq Cuidado Fundam* [Internet]. 2014 Abr./Jun. [citado em 10 jan. 2017];6(2):793-804. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622036_2.pdf
- Vieira CPB, Sá MS, Madeira MZA, Luz MHBA. Caracterização e fatores predisponentes para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado em 10 jan. 2017];15(4):650-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1777/pdf>
- Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado em 10 jan. 2017];48(2):329-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf>
- Jaul E, Calderon-Margalit R. Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. *Int Wound J* [Internet]. 2015 [citado em 13 jan. 2017];12(3):254-59. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12086/full>
- Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG. Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [citado em 13 jan. 2017];49(4):674-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0674.pdf
- Akca NK, Aydin G, Gümüş K. Pressure Ulcers and Their Associated Factors in Nursing Home Inmates. *J Coll Physicians Surg Pak* [Internet]. 2015 [citado em 14 jan. 2017];25(1):27-30. Disponível em: <https://www.jcpsp.pk/archive/2015/jan2015/08.pdf>
- Cai S, Rahman M, Intrator O. Obesity and pressure ulcers among nursing home residents. *Med Care* [Internet]. 2013 [citado em 14 jan. 2017];51(6):478-86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654390/>
- Man SP, Au-Yeung TW. Hypotension is a risk factor for new pressure ulcer occurrence in older patients after admission to an acute hospital. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013 [citado em 14 jan. 2017];14(8):627.e1-e5. Disponível em: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(13\)00256-9/abstract?cc=y](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(13)00256-9/abstract?cc=y)

17. Freitas JDPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [citado em 14 jan. 2017];26(6):515-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600002
18. Aguiar ESS, Soares MJGO, Caliri MHL, Costa MML, Oliveira SHS. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 16 jan. 2017];25(1):94-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800015&script=sci_arttext&tlng=pt
19. Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva MJ. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 16 jan. 2017];25(1):7-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_02
20. Fernandes MDGM, Costa KNDFM, Santos SRD, Pereira MA, Oliveira DST, Brito SDS. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da Escala de Waterlow. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012 [citado em 16 jan. 2017];20(1):56-60. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977>
21. Sancho À, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2012 [citado em 17 jan. 2017];44(10):586-94. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004173>
22. Baumgarten M, Rich SE, Shardell MD, Hawkes WG, Margolis DJ, Langenberg P, et al. Care-Related Risk Factors for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Elderly Adults with Hip Fracture. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 [citado em 17 jan. 2017];60(2):277-83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22332674>
23. Creutzberg M, Aguilera NCF, Cardoso PC, Barbosa TL, Ceolin LD, Stein K, et al. Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de Unidade de Terapia Intensiva. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [citado em 19 jan. 2017];2(2). Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/112>
24. Shahin ES, Meijers JMM, Schols JMGA, Tannen A, Halfens RJG, Dassen T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition* [Internet]. 2010 [citado em 20 jan. 2017];26(9):886-9. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900710000547>
25. Baumgarten M, Margolis DJ, Localio AR, Kagan SH, Lowe RA, Kinoshian B, et al. Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: a nested case – control study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2008 [citado em 20 jan. 2017];63(4):408-13. Disponível em: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/63/4/408.short>
26. Lahmann NA, Tannen A, Dassen T, Kottner J. Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care – Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2011 [citado em 22 jan. 2017];17(1):168-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20831665>
27. Kwong EWY, Pang SMC, Aboo GH, Law SSM. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 [citado em 22 jan. 2017];65(12):2608-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19824910>
28. Eleonora GWK, Gissela PFC. Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. *Rev Enferm Herediana* [Internet]. 2008 [citado em 24 jan. 2017];1(1):26-32. Disponível em: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2008/enero/v1n1ao4.pdf>
29. Lobo A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 [citado em 24 jan. 2017];11(3):405-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v11n3/1981-2256-rbgg-11-03-00405.pdf>
30. Souza DMST, Santos VLGC. Fatores predisponentes para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2007 [citado em 24 jan. 2017];15(5):958-64. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11
31. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* [Internet]. 2007 [citado em 24 jan. 2017];27(2):61-4. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/%EE%80%80hcpa%EE%80%81/article/viewFile/2031/1174>
32. Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, et al. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. *Am J Crit Care* [Internet]. 2011 [citado em 24 jan. 2017];20(1):26-34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21196569>
33. Bavaresco T, Lucena AF. Nursing intervention classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 24 jan. 2017];20(6):1109-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600013
34. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 24 jan. 2017];21(4):854-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400016

Eficácia do tratamento com pressão negativa na cicatrização de lesão por pressão

Effectiveness of treatment with negative pressure in the healing of lesions by pressure

Eficacia del tratamiento con presión negativa en la cicatrización de lesión por presión

Michele Ribeiro¹, Verusk Arruda Mimura², Bruna Gabriela Bibancos Damas²,
Jessica Marques Ribeiro³, Tamiris Aparecida Silva⁴, Haialla Rezende Rodrigues⁵

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre um paciente do sexo masculino internado em uma unidade de terapia intensiva apresentando uma lesão por pressão estágio 2 submetido à terapia por pressão negativa. O objetivo foi relatar a eficácia da terapia com pressão negativa no processo cicatricial de uma lesão. Os dados evolutivos foram obtidos por meio de avaliação dos registros fotográficos periódicos da lesão, respeitando-se os preceitos éticos e sendo, posteriormente, mensurados por meio do software *Mobile Wound Analyser* (MOWA). O tratamento baseou-se na aplicação de um curativo oclusivo acoplado a uma minibomba capaz de exercer uma pressão negativa contínua de 80 mmHg no leito da lesão. O tempo da pesquisa foi de 14 dias com trocas da parte oclusiva do curativo num intervalo de 3 dias e da minibomba em 7 dias. Houve uma evolução nesse período culminando na cicatrização total no período de 14 dias. A terapia com pressão negativa favoreceu a circulação local e diminuiu o exsudato, proporcionando condições adequadas para acelerar a cicatrização.

DESCRITORES: Ferimentos e lesões. Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa. Úlcera por pressão. Estomaterapia.

ABSTRACT

This is an experience report about a male patient admitted in an intensive care unit having a stage 2 lesion by pressure subjected to negative pressure therapy. The aim was to report the effectiveness of negative pressure therapy in the healing process of a lesion. Evolutionary data were obtained through evaluation of periodic photographic records of the lesion respecting the ethical precepts, and being subsequently measured by the *Mobile Wound Analyser* (MOWA) software. Treatment was based on the application of an occlusive dressing attached to a minipump capable of exerting a continuous negative pressure of 80 mmHg in the wound bed. The length of the study was 14 days, with occlusive portion of the bandage exchanges with 3-day intervals and minipump exchange with an interval of 7 days. The patient progressed with complete healing in 14 days. The therapy using negative pressure favors the local circulation and decreased exudate, providing suitable conditions to accelerate healing.

DESCRIPTORS: Wounds and injuries. Negative-pressure wound therapy. Pressure ulcer. Stomatherapy.

¹Hospital São Camilo – Itapetininga (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Dr. Coutinho, 628 – Centro – CEP: 18200-358 – Itapetininga (SP), Brasil – E-mail: miribeiro009@gmail.com

²Universidade Paulista – Sorocaba (SP), Brasil.

³Hospital São Luiz – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Hospital Samaritano – Sorocaba (SP), Brasil.

⁵Smith Nephew – Atibaia (SP), Brasil.

Artigo recebido em: 19/04/2017 – Aceito para publicação em: 21/08/2017 1

RESUMEN

Se trata de un relato de experiencia acerca de un paciente del sexo masculino admitido en una unidad de cuidados intensivos presentando una lesión por presión nivel II, sometido a tratamiento por presión negativa. El objetivo fue describir la eficacia de la terapia con presión negativa en el proceso de curación de una lesión. Los datos evolutivos se obtuvieron mediante la evaluación de los registros fotográficos periódicos de la lesión, respetando los preceptos éticos, y analizados posteriormente por el software *Mobile Wound Analyser* (MOWA). El tratamiento se basó en la aplicación de un vendaje oclusivo acoplado a una minibomba capaz de ejercer una presión negativa constante de 80 mmHg en el lecho de la lesión. El tiempo del estudio fue de 14 días con cambios de la porción oclusiva del vendaje con intervalos de 3 días y de la minibomba con un intervalo de 7 días. El paciente ha progresado con la curación completa en 14 días. La terapia de presión negativa favorece la circulación local y la disminución de exudado, proporcionando condiciones adecuadas para acelerar la curación.

DESCRIPTORES: Heridas y lesiones. Terapia de Presión Negativa para Heridas. Úlcera por presión. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Os pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) apresentam-se hemodinamicamente instáveis, com a mobilidade prejudicada em decorrência da própria doença ou como seqüela dela. Por causa do seu estado geral comprometido, esses pacientes acabam, na maioria das vezes, adquirindo lesão por pressão, e todo esse quadro interfere no processo cicatricial da ferida¹.

Devido às complexidades relacionadas ao processo cicatricial, cada vez mais novas tecnologias surgem para o tratamento de feridas. Uma dessas inovações é a terapia com pressão negativa, que obteve ampla repercussão nos últimos 15 anos. Seu advento sofreu várias modificações com o intuito de modernizar e tornar seu uso mais prático².

A pressão negativa é indicada em várias situações com objetivos distintos. Pode ser utilizada para preparar o leito da ferida para enxertos e fechamentos cirúrgicos ou ainda para promover a cicatrização por segunda intenção. Além de favorecer o processo cicatricial por acelerar a formação de tecido de granulação, reduz a colonização de bactérias, diminui a dor, o edema, o tempo de tratamento e, conseqüentemente, os custos em relação aos curativos convencionais existentes³.

O presente relato objetiva caracterizar a evolução do processo cicatricial de uma lesão por pressão estágio 2 em um paciente internado na UTI submetido à terapia negativa.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de caso, realizado na UTI de um hospital geral no interior de São Paulo no

período de 10 a 24 de setembro de 2015. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Unificada Paulista de Ensino Renovado Objetivo, processo CAAE nº 45340115. 0.0000.5512, parecer nº 1.103.783, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Obteve-se, ainda, o consentimento livre e esclarecido do paciente. Os dados foram coletados a partir de observação, avaliação e acompanhamento da evolução da lesão. Adotou-se o critério de seleção do paciente para pesquisa de acordo com a classificação da lesão, sendo requisito para escolha possuir lesão por pressão estágio 2.

O paciente selecionado foi submetido ao tratamento com pressão negativa por um período de 14 dias, no qual foram necessários dois kits de curativos com quatro trocas de coberturas e duas minibombas de pressão negativa, sendo que cada substituição de coberturas foi realizada a cada três ou quatro dias e a minibomba a cada sete dias. .

Na instituição em que foi realizada a pesquisa, o enfermeiro tem por função fazer as avaliações e prescrever o curativo para o tratamento de lesões. Assim sendo, tal avaliação ocorreu anteriormente e durante a aplicação do dispositivo portátil de pressão negativa de uso único, capaz de exercer pressão negativa de 80 mmHg, descartável, com uso contínuo por 14 dias. A reavaliação do paciente aconteceu em cinco momentos distintos:

- aplicação do dispositivo de pressão negativa (1º dia);
- troca do curativo oclusivo (4º e 11º dias);
- troca da minibomba do sistema de pressão e curativo oclusivo (7º dia); e
- retirada do curativo de pressão negativa (14º dia).

Para mensurar a área de dimensão (largura x altura) da úlcera (cm²), esta foi fotografada antes da aplicação e no

momento de cada troca de curativo, com a utilização do software *Mobile Wound Analyser* (MOWA).

RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos, do gênero masculino, acamado, procurou a unidade de pronto atendimento local no dia 5 setembro de 2015, às 18 horas, referindo diarreia e vômito, segundo informações colhidas, com evolução para uma crise convulsiva com hipotensão, que resultou em uma parada cardiorrespiratória. Durante a madrugada foi encaminhado para a UTI e permaneceu com intubação orotraqueal, sonda vesical de demora, com diagnóstico clínico de encefalopatia hepática, infecção no trato urinário e pancreatite. Ao exame físico, apresentou os seguintes sintomas: levemente descorado, desidratado, icterico e febril, normocárdico, normotenso, ausculta cardíaca com presença de bulhas rítmicas normofonéticas 2 tempos sem sopros audíveis, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios, abdome distendido com ruídos hidroaéreos presentes, lesão por pressão (LP) estágio 2 em região sacral, membros inferiores edemaciados.

Após a estabilização do paciente, iniciou-se o procedimento de tratamento da lesão por pressão com a aplicação de curativo de pressão negativa na UTI. A equipe de enfermagem recebeu orientação quanto aos cuidados com o dispositivo portátil de pressão negativa (não desligar e não molhar a minibomba), e quanto ao intervalo de permanência dos curativos entre as trocas e a mudança de decúbito, que deveria ocorrer com a mesma frequência.

RESULTADOS

No momento da aplicação do curativo, D+0 (dia do início do tratamento com pressão negativa), o paciente possuía uma LP na região sacral estágio 2, que apresentava uma extensão de 4,8 x 7,1 cm e área de 11,3 cm². A lesão mostrou-se colonizada, pouco exsudativa (característica sanguinolenta). A pele perilesional estava rosa e descamativa. Não havia presença de edema ou odor.

Na primeira troca de curativo, no D+4 (4 dias após o início do tratamento com o dispositivo de pressão negativa ultraportátil), a lesão apresentou a extensão de 4,0 x 7,1 cm com área de 9,8 cm², com evidência de aumento do tecido

de epitelização de aproximadamente 13,27%, reduzindo a dimensão da ferida. Observou-se ainda uma diminuição significativa do exsudato sanguinolento observado anteriormente.

No D+7, a extensão da lesão era 2,0 x 3,2 cm e a área, de 2,8 cm², apresentando um aumento do tecido epitelizado de 75,22% em relação à dimensão da lesão antes da aplicação do dispositivo de pressão negativo ultraportátil.

No D+10 o paciente foi encaminhado à enfermagem e passou a ser acompanhado constantemente por um familiar. Devido à falha na comunicação sobre o manejo e cuidados com o curativo entre equipe de enfermagem e acompanhante, houve uma interferência no tratamento com a pressão negativa, pois este inadvertidamente desligou o dispositivo de pressão negativa, resultando na interrupção do tratamento da ferida no leito por um período indeterminado. No D+11, constataram-se apenas duas pequenas áreas de lesão, com dimensões 0,2 x 0,6 cm (área de 0,2 cm²) e 0,3 x 0,6 cm (área de 0,2 cm²). Comparando-se as áreas dessas lesões com aquela apresentada antes do início do tratamento, pôde-se notar uma melhora de 95,4%. No D+14, o tratamento foi finalizado devido à cicatrização de 100% da LP (Figuras 1 e 2).

DISCUSSÃO

Familiares relatam que o paciente adquiriu essa lesão em uma internação anterior e já estava aproximadamente há um mês e meio realizando curativos com ácidos graxos essenciais (AGE) em sua residência.

Em pesquisa realizada anteriormente por outros autores, constatou-se que uma LP estágio 2 apresenta cicatrização total em 35 semanas quando aplicada uma gaze umedecida em soro fisiológico (SF) 0,9% nas trocas diárias, assim como a espuma de poliuretano e apresenta o mesmo período de cicatrização do SF 0,9%, já o hidrocoloide aplicado após a limpeza da lesão, com troca duas vezes por semana, é capaz de promover a cicatrização em 8 semanas em 50% dos casos⁴.

Observou-se que o mesmo paciente apresentou mobilidade prejudicada devido à lesão estar localizada em região de proeminência óssea, que torna a cicatrização complexa e muitas vezes lenta. Foi constatada em cada troca a diminuição gradativa da ferida (Figura 2) e, mesmo com a intercorrência no décimo dia de tratamento com o curativo de pressão negativa, foi possível observar uma diminuição de 2,4 cm² da lesão em relação à troca anterior.

Isso nos permite afirmar que a terapia com o uso de pressão negativa favoreceu a circulação local e diminuiu o exsudato, proporcionando condições adequadas para acelerar a cicatrização.

Outros autores já afirmaram que a pressão negativa vem sendo muito utilizada como adjuvante nos últimos anos para o tratamento de feridas complexas como úlceras por pressão. Os mecanismos de ação da pressão negativa



Figura 1. Fotografias da evolução do tratamento da lesão por pressão estágio 2, em região sacral com a terapia de pressão negativa no dia do início do tratamento (D+0); quarto dia após o início do tratamento e dia da primeira troca de curativo (D+4); sétimo dia após o início do tratamento e dia da segunda troca de curativo (D+7); décimo primeiro dia após o início do tratamento e dia da terceira troca de curativo (D+11); e décimo quarto dia após o início do tratamento e dia da retirada do curativo (D+14).

nas feridas se baseiam na interação de cinco mecanismos diferentes:

1. aumento no fluxo sanguíneo local;

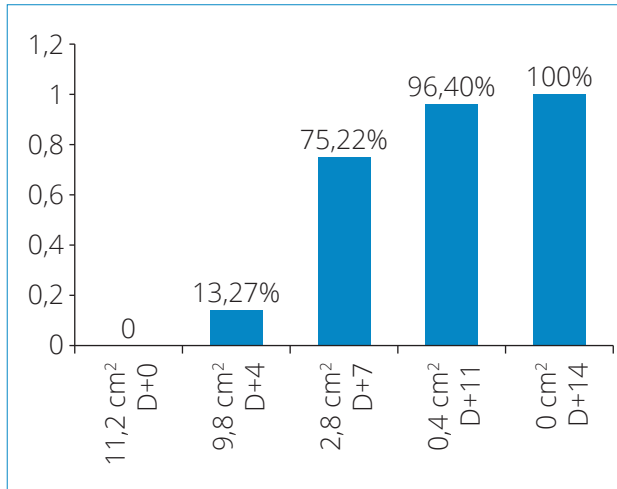


Figura 2. Representação gráfica da evolução da cicatrização de úlcera por pressão tratada com terapia de pressão negativa, em percentual de área cicatrizada, por dias de tratamento. As áreas da úlcera foram mensuradas e calculadas a partir da análise das imagens pelo software *Mobile Wound Analyser* (MOWA).

2. remoção de fluidos e redução do edema;
3. microdeformação do leito da ferida resultando em estímulo da proliferação celular;
4. macrodeformação atuando como um expansor tecidual;
5. manutenção da homeostase local, com estímulo da angiogênese e tecido de granulação⁵.

CONCLUSÃO

Para as autoras, o presente trabalho possibilitou a ampliação do conhecimento e a experiência relacionada à utilização da terapia com pressão negativa no processo cicatricial. A literatura nacional revelou-se escassa no que se refere ao emprego desse tipo de tratamento, evidenciando a necessidade de realização de mais pesquisas voltadas para o assunto em questão. Com base nos resultados apresentados, conclui-se que o tratamento da úlcera por pressão realizado com a terapia de pressão negativa é muito eficiente, evoluindo com uma evidente aceleração do processo cicatricial do paciente observado.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2008 [citado em ago. 2016];10(3):733-46. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf
2. Birke-Sorensen H, Malmso M, Rome P, Hudson D, Krug E, Berg L, et al. Evidence-based recommendations for negative pressure wound therapy: treatment variables (pressure levels, wound filler and contact layer) – steps towards an international consensus. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011 [citado em ago. 2016];64(Suppl):S1-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868296>
3. Hudson, da., Adams, Koehler, Van Huyssteen, A., Martin, R. E Huddleston, E.M. (2015). Terapia de ferida de pressão negativa simplificada: avaliação clínica de um ukraportable, sistema de não-vasilha. *Ferida int J*. 2011; 12:195. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23647737> doi: 10.1111/iwj.12080
4. Rosa TJS, Cintra LKL, Freitas KB, Alcântara PFDL, Spacassassi F, Rosa CDP, et al. Úlceras por pressão: tratamento. *Acta Fisiatr*. 2013;20(2):106-111.
5. Wada A, Teixeira Neto N, Ferreira MC. Úlceras por pressão. *Rev Med (São Paulo)*. 2010;89(3/4):170-7.

Simulação em manequins como estratégia de ensino-aprendizagem para avaliação de ferida: relato de experiência

Simulation with mannequins as a learning-teaching strategy for wound care assessment: an experience report

Maniqués de simulación como estrategia de enseñanza-aprendizaje para la evaluación de la herida: un relato de experiencia

Belayrla Cerqueira de Jesus¹, Gislaine Felix Ramos¹, Cristiane Costa Reis da Silva², Virginia Crispina Oliveira Gomes³, Gilberto Tadeu Reis da Silva³

RESUMO

A simulação realística é um instrumento de ensino e avaliação e oferece diversas vantagens para o aprendizado de práticas básicas e complexas. A simulação com o uso de manequins permite que estudantes aprimorem suas habilidades clínicas sem expor o paciente a erros, o que traz mais segurança aos discentes e usuários. Na enfermagem, entre os diversos procedimentos que requerem o treinamento de graduandos encontra-se a técnica de curativo no tratamento de feridas, ainda difícil de ser realizada de maneira eficaz, confortável ao paciente e esteticamente aceitável, tornando assim fundamental o ensino dos estudantes. O objetivo do presente estudo foi descrever a utilização de uma estratégia de ensino focada na simulação realística aplicada para avaliação de feridas em uma instituição de ensino superior no estado da Bahia. Relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos discentes nas situações simuladas. Conclui-se que a simulação como estratégia de ensino-aprendizagem para avaliação de feridas é considerada um apoio didático, que possibilita praticar procedimentos clínicos em um espaço seguro e muito próximo do real, sem risco de exposição do paciente.

DESCRITORES: Estomaterapia. Simulação. Ensino. Enfermagem.

ABSTRACT

Realistic simulation is a teaching and evaluation tool that offers several advantages for learning basic and complex practices. The simulation with the use of dummies allows students to improve their clinical skills without exposing the patient to errors, which brings more security to students and users. In nursing, among the various procedures that require graduate training there is the dressing technique in the treatment of wounds. This is yet difficult to achieve in an effective, comfortable and aesthetically acceptable way to the patient, thereby becoming fundamental to teach students. The objective of this study was to describe the students' experience in the use of teaching strategies focused on realistic simulation applied to evaluate wounds in a higher education institution in the state of Bahia, Brazil. It is an experience report describing aspects experienced by students in simulated situations. We conclude that simulation, as a teaching and learning strategy for evaluating wounds, is considered a didactic support, which enables practicing clinical procedures in a safe way very close to the real situation, without the risk of patient exposure.

KEYWORDS: Stomatherapy. Simulation. Teaching. Nursing.

¹Faculdade Ruy Barbosa DeVry – Salvador (BA), Brasil.

²Universidade Salvador (UNIFACS); Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE) – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Costa Reis da Silva – Rua Joaquim Calado, 120 – Federação – CEP: 4023-0093 – Salvador (BA), Brasil – E-mail:cristianereisfb@gmail.com

Artigo recebido em: 25/09/2014 – Aceito para publicação em: 27/05/2016

RESUMEN

Simulación realística es un instrumento de enseñanza y evaluación y ofrece diversas ventajas para el aprendizaje de prácticas básicas y complejas. La simulación con el uso de maniqués permite que los estudiantes mejoren sus habilidades clínicas sin exponer al paciente a errores, lo que da más seguridad a los estudiantes y usuarios. En la enfermería, entre los diversos procedimientos que requieren el entrenamiento de graduandos se encuentra la técnica de curativo en el tratamiento de heridas, aun difícil de ser realizada de manera eficaz, confortable para el paciente y estéticamente aceptable para el paciente, volviendo así fundamental la enseñanza a los estudiantes. El objetivo del presente estudio fue describir la utilización de una estrategia de enseñanza enfocada en la simulación realística aplicada a la evaluación de heridas en una institución de educación superior en el estado de Bahía. Relato de experiencia que describe aspectos vivenciados por los estudiantes en las situaciones simuladas. Se concluye que la simulación como estrategia de enseñanza y aprendizaje para evaluación de heridas es considerada un apoyo didáctico, que permite la práctica de procedimientos clínicos en un espacio seguro y muy cerca de la realidad, sin riesgo de exposición del paciente.

DESCRIPTORES: Estomatoterapia. Simulación. Enseñanza. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O centro de simulação realística foi inaugurado em 2013, em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, localizada no município de Salvador, estado da Bahia, com base no projeto Turbo Saúde, criado em 2012 em outra IES do mesmo grupo. Teve como objetivo melhorar o aprendizado dos alunos, utilizando laboratórios equipados para simulação. Considerando que os estudantes da área de saúde necessitam de treinamento de habilidades, simples ou complexas, torna-se vantajoso inserir atividades de ensino por meio da simulação em bonecos, a fim de proporcionar a reprodução dos procedimentos com uma formação de alta qualidade¹.

Nos últimos anos, grandes investimentos têm sido feitos no cenário educacional brasileiro. A busca por metodologias inovadoras e estratégias de ensino que promovam aos estudantes e usuários do setor da saúde maior segurança tem sido objeto de vários estudos. Esse movimento e tendência das práticas pedagógicas sinalizam uma mudança no ensino superior em saúde e, por conseguinte, no de enfermagem. O uso da simulação realística durante o processo de formação dos profissionais dessa área tem permitido que desenvolvam habilidades necessárias ao seu crescimento profissional, com a vantagem, nesse momento, de poderem errar. As mudanças na prática clínica, como a redução do período de internação, tornaram menos viável a utilização de pessoas doentes como recurso pedagógico e levaram à necessidade de novos métodos de instrução, aquisição de conhecimentos e avaliação. A simulação, como instrumento de ensino e avaliação, oferece diversas vantagens para o aprendizado de práticas básicas, como a realização de curativos e suas técnicas².

Quando se almeja o ensino de habilidades simples, simuladores de baixa tecnologia podem ser utilizados, por exemplo, como modelos anatômicos que permitam a exploração e o

aprendizado de procedimentos pertinentes à enfermagem. O uso de manequins de procedimentos no processo de simulação propicia o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, o que torna os estudantes mais confiantes e seguros no momento de prestar assistência ao paciente³.

A simulação com o uso de manequins é vista como importante estratégia para evitar erros e a exposição desnecessária dos pacientes, porém, o aprendizado de habilidades inviáveis de serem trabalhadas com o manequim, como reações fisiológicas, capacidade de comunicação e tratamento humanizado, ocorrerá na prática clínica⁴.

Durante o processo ensino-aprendizagem, em que o conhecimento é construído por meio de situações programadas, representativas da realidade prática profissional, simuladas por protótipos, os estudantes podem aprimorar suas habilidades clínicas sem arriscar a segurança dos usuários.

Diante do exposto, observando-se a importância que a simulação vem adquirindo no meio acadêmico, e com foco na técnica do curativo no tratamento de feridas, ainda difícil de ser realizada de maneira eficaz, confortável ao usuário e esteticamente aceitável, o presente estudo tem como objetivo descrever a utilização de uma estratégia de ensino focada na simulação realística aplicada para avaliação de feridas em uma IES no estado da Bahia.

MÉTODOS

Relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos discentes nas situações simuladas. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que permite reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que tratam de uma situação vivenciada no âmbito profissional, de comum interesse da comunidade científica.

A atividade avaliada neste estudo foi desenvolvida durante o ensino teórico-prático no componente curricular da disciplina de Procedimentos Básicos de Enfermagem, na aula Assistência de Enfermagem nas Lesões de Pele, ministrada em uma IES do município de Salvador, estado da Bahia, durante o período de seis meses.

O cenário representou um procedimento de avaliação de feridas, com duração média de 15 minutos, para análise da capacidade de desempenho do aluno. A estratégia foi realizada com 20 alunos do quarto semestre, no Laboratório de Habilidades. A turma foi dividida em cinco grupos, contendo quatro alunos cada. Enquanto dois alunos atuaram na simulação, os demais assistiram, anotando as observações; posteriormente foi feita a troca de papéis.

Dinâmica da simulação

A simulação realizada no Laboratório de Habilidades foi precedida de aula teórica, na qual foram abordadas: anatomia da pele, fisiologia e avaliação da ferida, tipos de feridas infectadas, assim como as principais técnicas de curativo, visando uma maior associação entre a prática e a teoria e desenvolver conhecimento técnico-científico.

No início da simulação foi apresentado um caso clínico, sendo descrita a situação hipotética de um paciente. O material disponibilizado pelo laboratório da instituição para essa atividade foi um modelo de glúteo (Woundcaremodel-Laerdal) apresentando úlceras e incisão cirúrgica com deiscência, utilizado para avaliação da ferida e realização do curativo (Figuras 1 e 2). Em seguida, após avaliação da ferida, os materiais foram preparados para realização da técnica e os alunos orientados, pelos docentes presentes, de maneira clara e explicativa, sobre o procedimento que seria realizado, o qual se iniciou após higienização das mãos,

imprescindível para manuseio e contato com o paciente. Procedeu-se então à irrigação da área lesada com solução fisiológica (SF) 0,9% e à limpeza da ferida seguindo técnica asséptica. Posteriormente, a ferida foi avaliada no modelo anatómico (Figuras 3 e 4) quanto a extensão, bordas, localização,

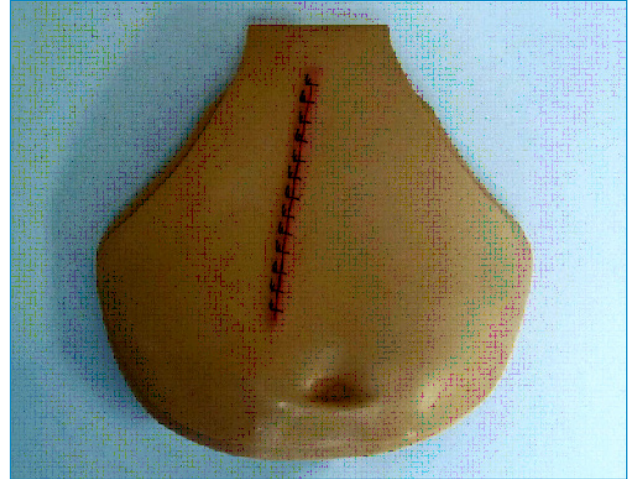


Figura 2. Incisão cirúrgica.



Figura 3. Modelo anatômico de lesão por pressão em região sacra.



Figura 1. Modelo anatômico de feridas.

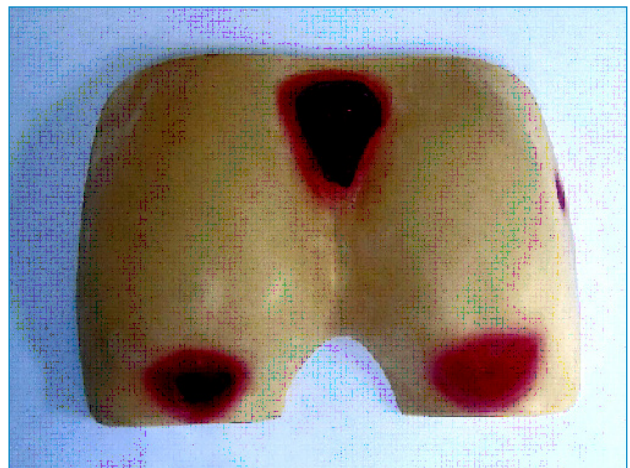


Figura 4. Modelo anatômico de lesão por pressão.

presença de exsudato e tecido necrosado. Observou-se também o tipo de cicatrização.

A simulação teve duração de 15 minutos. Além da avaliação, a utilização do manequim de sutura oportunizou o treinamento da técnica em uma incisão cirúrgica.

Durante a simulação, os docentes utilizaram um instrumento do tipo *checklist* visando avaliar a técnica realizada, bem como identificar aspectos detectados nessa avaliação. Essa ferramenta possibilitou verificar o conhecimento do aluno desde a etapa de higienização das mãos, abordagem ao paciente, explicação sobre o procedimento a ser realizado, manipulação do material esterilizado, remoção do curativo, técnica, aspectos da lesão a serem observados, cobertura utilizada, descarte do material e registro no prontuário. Para avaliação da ferida, utilizou-se a mnemônica proposta por Keast et al. (apud Dealey⁵) (MENSURE), a qual inclui medida, exsudato, aparência, dor, descolamento, reavaliação e borda.

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos estipulados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil sob o registro nº 1.139.813.

RESULTADOS

Os alunos que estavam assistindo à simulação participaram ativamente, expuseram os problemas encontrados e mencionaram falhas e sugestões para melhorar o atendimento. O docente, por sua vez, suscitou a discussão, analisou e refletiu com o grupo os objetivos das ações, benefícios, comportamentos dos participantes, entre outros. As aulas práticas em laboratório de simulação podem ser destacadas como importante fator de associação teórico-prática, visto que favorecem o aprendizado. Deve-se ressaltar também que, além da realização da técnica, foi possível reforçar condutas necessárias durante o preparo do material, tais como observação da data de validade das substâncias utilizadas para curativo da ferida, lacre, validade da esterilização dos materiais a serem utilizados, procedimento a ser realizado e a postura profissional. A importância de um registro adequado também foi pontuada como forma essencial de acompanhar a evolução do tratamento. Os registros de cuidados e ações de enfermagem devem ser realizados de forma sistemática,

tendo como base instrumentos que facilitem as anotações das características das feridas, bem como dos fatores que podem adiar o processo de cicatrização⁶.

DISCUSSÃO

A técnica realizada em laboratório por meio da simulação foi considerada pelos alunos como algo mais realista, capaz de torná-los mais confiantes, seguros e habilidosos durante a realização do procedimento, o que também minimiza o receio de fazê-lo diretamente nos pacientes. Tem sido, portanto, apontada como estratégia facilitadora do aprendizado^{7,8}.

Embora a simulação tenha sido precedida de aula sobre o assunto, observamos que o paciente não foi orientado quanto ao procedimento.

Outro fator relevante observado e que não foi mencionado pelos alunos foi a avaliação da dor, cujo aumento pode ser indicativo de infecção, o que torna fundamental que o profissional atente para esse aspecto durante sua abordagem. A medida da área lesada foi realizada em seu maior comprimento e largura, conforme preconizado na literatura^{9,10}.

Ressalta-se que o monitoramento da ferida é importante para auxiliar no tipo de cobertura a ser utilizada, todavia, apesar de esse ponto ter sido citado pelos discentes na avaliação, o simulador utilizado não permite medir a quantidade de exsudato e o odor, porém, consideramos benéfica a pontuação desses itens. Acresce-se que no leito da ferida foi identificada necrose e, nesse caso, podemos considerar o modelo vantajoso, visto que foi útil para percebermos o descolamento do tecido necrótico.

De maneira geral, foi possível perceber que a estratégia de ensino por meio da simulação possibilitou e favoreceu a aprendizagem específica de tratamento de feridas.

A formação dos profissionais de saúde é um fator intimamente ligado à qualidade da assistência prestada e à segurança do paciente¹¹. O treino de habilidades específicas com o uso da experiência clínica simulada representa um aspecto essencial para que essa situação possa ser fácil e integralmente entendida pelo estudante, permitindo uma resposta adequada quando algo semelhante acontecer em um contexto real^{12,13}.

Segundo Martins¹⁴, o ambiente de simulação com cenários completos e complexos permite que os estudantes consolidem seus saberes e desenvolvam as capacidades de

raciocínio crítico e tomada de decisão, além das competências técnicas, relacionais e éticas¹⁴.

Vários estudos apontam que o uso da simulação realística com vivências e experiências clínicas simuladas se tornou uma importante estratégia no ensino de enfermagem que pode ser utilizada tanto na formação de graduandos como de pós-graduandos na área, gerando amplos conhecimentos para os formandos, sobretudo, no que se refere ao desenvolvimento de competências para o raciocínio crítico e o estabelecimento de prioridades, a tomada de decisão, a realização de ações corretas, o trabalho em equipe e a correção de erros sem os efeitos desses nos pacientes.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível observar que a simulação realística constitui método didático efetivo e inovador, auxiliando no processo ensino-aprendizagem por possibilitar ao aluno praticar procedimentos clínicos em um espaço pedagógico seguro, controlado e muito próximo do real, sem o risco da exposição do paciente.

A simulação realística do procedimento de curativo demonstrou-se vantajosa para o processo de ensino-aprendizagem, um método capaz de treinar os estudantes para a prática profissional, ressaltando que os discentes, após sua formação, se encontrarão preparados para atuar e prestar uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

- Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC, et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):619-25.
- Amaral JMV. Simulação e ensino-aprendizagem em pediatria. 1ª Parte: tópicos essenciais. *Acta Ped Port.* 2010;41(1):44-50.
- Gomes CO, Germano RM. Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(3):401-8.
- Kruse MHL. É possível pensar de outro modo a educação em Enfermagem? *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(2):348-52.
- Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 56-82.
- Bajay HM, Pedrosa MMO, Lourenço MTN, Cortez SL, Paula MAB. Registro de avaliação e evolução de feridas: subsídios para reflexão e mudanças. *Rev Estima.* 2003;1(2):20-9.
- Reilly A, Spratt C. The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: a case report from the University of Tasmania. *Nurse Educ Today.* 2007;27(6):542-50.
- Barsuk JH, McGaghie WC, Cohen ER, O'Leary KJ, Wayne DB. Simulation-based mastery learning reduces complications during central venous catheter insertion in a medical intensive care unit. *Crit Care Med.* 2009;37(10):2697-701.
- Nascimento AR, Namba M. Aspecto da ferida: avaliação de enfermagem. *Rev Enferm UNISA.* 2009;10(2):118-23.
- Florianópolis. Prefeitura Municipal. Protocolo de Feridas da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
- Trevizan MA, Mendes IAC, Mazzo A, Ventura CAA. Investment in nursing human assets: education and minds of the future. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(3):467-71.
- Nehring W. History of simulation in nursing. In: Nehring W, Lashley F, organizers. *High-fidelity patient simulation in nursing education.* Quebec: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
- Jeffries P, organizer. *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation.* New York: National League for Nursing; 2007.
- Martins J. Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. In: Malagutti W, Caetano C, organizadores. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado.* Rio de Janeiro: Rubio; 2009. Capítulo 14.

Elaboração de uma linha de cuidado do indivíduo com úlcera crônica de perna, em um município da região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista*

Elaboration of a line of care of the individual with chronic leg ulcer, in a city of the metropolitan region of Paulista Paraíba Valley

Elaboración de una línea de cuidado del individuo con úlcera de la pierna, en un municipio de la región metropolitana del Valle del Paraíba Paulista

Aline Lino Balista¹, Lúcia Izumi Nichiata¹

*Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da USP, em São Paulo, em 20 de dezembro de 2016.

Introdução: As úlceras crônicas de perna (UCP) são consideradas um sério problema de saúde que atinge diversas faixas etárias, etnias, sexos, com reflexos nos gastos públicos e interferência na qualidade de vida das pessoas acometidas como também de seus familiares. O presente estudo partiu da concepção de que há necessidade de uma atenção integral que possa ser estabelecida por meio da utilização e construção de uma Linha de Cuidado (LC). Objetivo: Elaborar coletivamente uma LC do indivíduo com UCP em um município do Vale do Paraíba Paulista. Metodologia: Pesquisa qualitativa, utilizando-se de quatro oficinas de trabalho realizadas nos meses de novembro de 2015 a março de 2016. Contou com a participação da Coordenação da Atenção Básica, de enfermeiros e médicos de Unidades de Saúde da Família (USF), da enfermeira responsável pela assistência de indivíduos com UCP do ambulatório do município e da enfermeira responsável pela atenção domiciliar da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Resultado: Foi desenhada a LC do indivíduo com UCP, contendo elementos essenciais: recepção pró-ativa; acolhimento; ações de enfermagem, desde a avaliação até os cuidados do indivíduo com UCP; presença de recursos materiais — em especial, na atenção primária à saúde (APS) —; trabalho multidisciplinar no desenvolvimento do plano terapêutico; e contrarreferência. Foram dificuldades e potencialidades do presente estudo: a necessidade de programas de educação permanente, o fortalecimento da APS para o cuidado, a necessidade de articulação entre os serviços para garantir complementariedade e integralidade por meio de instrumentos pactuados, os recursos materiais e a efetivação do trabalho interdisciplinar. Conclusão: Evidenciou-se que há necessidade de se fortalecer a APS como centro de uma rede; ampliar as atribuições do enfermeiro acerca dos cuidados do indivíduo com UCP; fomentar espaços de diálogo entre os pontos da rede, ou seja, entre aqueles que estariam envolvidos na LC; e, ainda, apoio e investimento dos gestores na produção do cuidado presente na LC. É necessário valorizar o potencial de mudança que a LC pode possuir quando existe comprometimento do profissional envolvido no processo do cuidar e a necessária garantia do itinerário terapêutico na rede de atenção em saúde à lógica dos serviços locais.

DESCRITORES: Úlcera da perna. Integralidade em saúde. Assistência integral à saúde. Estomaterapia.

¹Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional na Atenção Primária do SUS – São Paulo (SP), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Padre Fischer, 893, bloco A, apto. 31 – Jardim Rafael – CEP: 12010-610 – Taubaté (SP), Brasil – E-mail: aline.linoenf@gmail.com

Artigo recebido em: 27/10/2016 – Aceito para publicação em: 19/04/2017

Análise da implantação dos serviços e atenção à saúde da pessoa estomizada: estudo de casos múltiplos em Minas Gerais, Brasil*

Analysis of implementation of health care services to ostomized people: multiple case study in Minas Gerais, Brazil

Análisis de implementación de servicios de atención a la salud de personas ostomizadas: estudio de múltiples casos en Minas Gerais, Brasil

Ravena Rieelly Araújo Moura¹, Eliete Albano de Azevedo Guimarães¹, Juliano Teixeira Moraes¹

*Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal São João del-Rei (UFSJ), Divinópolis (MG), em 5 de dezembro de 2016.

Introdução: A organização da atenção à saúde da pessoa estomizada no Brasil vem sendo reestruturada com base em um modelo de rede de cuidados, regionalizada e hierarquizada, de forma a garantir a integralidade do cuidado. O Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO) foi implantado após a publicação da Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009, com o propósito de prestar atendimento à pessoa estomizada e sua família, visando sua recuperação física e sua reabilitação. Na região oeste do Estado de Minas Gerais, os SASPO (tipo I e II) foram implantados em 2012 e, até hoje, não se sabe sobre as condições e os efeitos desses serviços na qualidade do cuidado aos estomizados. **Objetivo:** O estudo propôs avaliar os SASPO do tipo I, da região oeste de Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo de casos múltiplos que analisou a implantação de todos os cinco SASPO tipo I da região oeste de Minas Gerais, em 2016. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal São João del-Rei, sob o parecer nº 1.251.725. Procedeu-se à coleta de dados por meio de documentos, observação direta e questionário estruturado. Para a estimativa do grau de implantação (GI) dos SASPO, utilizou-se uma matriz de análise, com três componentes: gerenciamento do serviço, assistência clínica e assistência educacional. O GI foi definido, por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada critério, sendo classificado como: implantação plena, satisfatória, incipiente e não implantado. **Resultados:** Apenas um SASPO atingiu o GI plena, seguido de três serviços com implantação satisfatória e um classificado como não implantado. Destacou-se a importância do profissional enfermeiro estomaterapeuta na organização dos serviços que mantêm atividades centradas na dispensação e estocagem dos dispositivos em detrimento de um cuidado integral. Identificaram-se: escassez de consultas com o profissional médico e com o assistente social, deficiência nos grupos de apoio e nas atividades de educação em saúde, e falta de estabelecimento de fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência. Faltam profissionais, protocolos clínicos e organizacionais, equipamentos e instalações físicas adequadas. A reavaliação dos estomizados, a atualização dos cadastros e o fornecimento de coletores estiveram presentes em todos os SASPO. **Conclusões:** A avaliação gerou informações úteis que podem contribuir para a organização dos SASPO regionais, que não estão implantados na sua totalidade. Problemas foram evidenciados no gerenciamento do serviço, na assistência clínica e, principalmente, na assistência educacional. Constatou-se que os SASPO tipo I estão prestando mais assistência clínica do que educacional, a equipe multiprofissional não está consolidada e os serviços ainda funcionam com estrutura inadequada. O estudo oferece, portanto, subsídios para gestores de saúde municipais, regionais e do Estado, a fim de buscar estratégias que possam fortalecer a construção de um serviço de qualidade com vistas à reabilitação do estomizado.

DESCRITORES: Estomas cirúrgicos. Atenção à saúde. Serviços de saúde. Enfermagem. Avaliação de serviços de saúde. Estomaterapia.

¹Universidade Federal de São João del-Rei – Divinópolis (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Universidade Federal de São João del-Rei – Avenida Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 201 – Campus Centro-Oeste Dona Lindu – CEP: 35501-296 – Divinópolis (MG), Brasil – E-mail: ravena.araujo@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 06/02/2017. Aceito para publicação em: 22/06/2017

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

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



