

**Papel do Enfermeiro
Estomaterapeuta no Cuidado
de Pessoas Estomizadas:
Opinião dos Usuários**

**Incidência e Prevalência de
Úlceras por Pressão em
Pacientes Internados
em um Hospital Universitário**

**Tempos de Colostomizado e
de Seguimento no Serviço e
a Qualidade de Vida de Pessoas
Colostomizadas, com e sem Uso
de Métodos de Controle Intestinal**

**Cuidado Sistematizado em Úlceras
Neuropáticas: Relato de Caso**



Keynote

Steen Buntzen - DK
Elizabeth English - AUS
Christina Lindholm - SWE
Calum Lyon - GB
Christine Norton - GB
Nicola Ohlson RSA
Bertil Philipson S WE - AUS



20th WCET Biennial Congress

15-19 June 2014, Gothenburg, Sweden

OSTOMY, WOUND AND CONTINENCE CARE

Peristomal skin complications/ Ostomy related complications/ Fistulas, loopileostomy
a big problem/ Complex abdominal wounds/ Complementary wound treatment/ Pressure
ulcers/ Necrotizing fasciitis/ Fourniers gangrene/ SNS/ Incontinence and radiation/
Pediatrics/ General and upper gastrointestinal surgery/ Quality of life/
Patient's education and follow up



www.wcet2014.com

Conselho Editorial

Editores

Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

Maria Angela Boccara de Paula

Afonso Henrique da Silva e Sousa Jr
Médico PhD – HCFMUSP (SP)

Beatriz Farias Alves Yamada
ET TISOBEST, PhD – Enfmedic Saúde (SP)

Christine Norton
Continence nurse, PhD – King's College of London

Diba Maria Sebba Tosta de Souza
ET TISOBEST PhD – UNIVAS (MG)

Eline Lima Borges
ET TISOBEST PhD – UFMG (MG)

Federico Palomar Llatas
Enfermeiro em Dermatologia PhD – Universidad Católica de Valencia

Flávio Trigo da Rocha
Médico PhD – FMUSP (SP)

Gisele Regina Azevedo
ET TISOBEST, PhD – PUC (SP)

Heidi Hevia Campos
Enfermeira ET – Universidad Andrés Bello (Chile)

José Márcio Neves Jorge
Médico PhD – FMUSP (SP)

José Contreras Ruiz
Médico PhD – Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez (México)

Kazuko Uchikawa Graziano
Enfermeira, PhD – EEUSP (SP)

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

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

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

Lydia Massako Ferreira
Médica PhD – UNIFESP (SP)

Manlio Basilio Speranzini
Médico PhD – FMUSP (SP)

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

Maria Euridéa de Castro
ET TISOBEST, PhD – UECE (CE)

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

Maria Helena Barros de Araújo Luz
Enfermeira ET, PhD – Universidade Federal do Piauí

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

Mônica Antar Gamba
Enfermeira, PhD – UNIFESP (SP)

Nancy Faller
CWOCN, PhD (USA)

Noemi Marisa Brunet Rogenski
ET TISOBEST, PhD – HUUSP (SP)

Paulo Roberto Teixeira Rodrigues
Médico PhD – Hospital Beneficência Portuguesa (SP)

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

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

Rita de Cássia Domansky
ET TISOBEST, PhD – UEL (PR)

Roseanne Montargil Rocha
ET TISOBEST, PhD – UESC (BA)

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

Sidney José Galego
Médico PhD – Universidade do ABC (SP)

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

Tânia das Graças de Souza Lima
ET TISOBEST, PhD – HU-UFRJ (RJ)

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

Vilma Madalosso Petuco
ET TISOBEST, PhD – UPF (RS)

UrgoK2

Os seus pacientes vão amar a revolução da terapia compressiva



UrgoK2

A NOVA TERAPIA COMPRESSIVA
EFICIENTE, SEGURA E CONFORTÁVEL



Indicado para o tratamento de úlceras venosas e redução de edemas venosos associados à insuficiência venosa crônica (ITB > 0.8).

Os Laboratórios Urgo Medical, líder no tratamento avançado de feridas na Europa, lançam no Brasil uma revolução na terapia compressiva: **UrgoK2**.

Com apenas duas bandagens, Urgo K2 fornece a pressão terapêutica recomendada de 40 mmHg, proporcionando um equilíbrio ideal entre a rigidez e a elasticidade para tratar com eficácia as úlceras venosas e os edemas associados à insuficiência venosa crônica (ITB > 0.8).

A tecnologia exclusiva "Pressure System" da linha Urgo K2 facilita a aplicação e faz com que a pressão terapêutica seja atingida de forma precisa e segura, promovendo conforto ao paciente.



UrgoK2 está disponível para tornozelos com circunferência entre 18-25 cm e 25-32 cm.

Para mais informações, visite www.urgomedical.com

URGO
MEDICAL
HEALING PEOPLE®

Expediente

Gestão da SOBEST - 2012 - 2014

Diretoria

Presidente: Suely Rodrigues Thuler

Vice-Presidente: Maria Angela Boccara

Tesoureiro: Alciony Bueno Prado

Primeiro Secretário: Néria Invernizzi da Silveira

Secretário Adjunto: Fernanda Mateus Queiroz Schmidt

Conselho Científico

Maria Angela Boccara de Paula - Diretora

Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos

Sonia Regina Evangelista Dantas

Vilma Madalosso Petuco

Gisele Azevedo

Conselho Fiscal

Silvia Angélica Jorge

Kelly Camarozzano Machado

Geraldo Magela Salomé

Delegado Internacional

Suzana Aron

Diretoria da Seção Bahia:

Presidente - Roseane Montargil

Secretária - Leda Borges

Conselho Científico - Roseane Montargil, Moelisa

Queiroz, Milena Coutinho

Diretoria da Seção Paraná:

Presidente - Danielle Sellmer

Secretaria - Ana Paula Hey

Conselho Científico - Danielle Sellmer, Antonio

Rangel, Jurinã Oroni Lopes.

Diretoria da Seção Ceará:

Presidente - Mioko Saito Sakuraba

Secretaria - Telma Dourado lopes

Conselho Científico - Mioko Saito Sakuraba, Yara

Lanna Santiago Gildino, Maria Euridéia de Castro

Diretoria da Seção Rio de Janeiro:

Presidente - Tânia das Graças de Souza Lima

Secretaria - Camila Cantarino Nascentes

Conselho Científico - Tânia das Graças de Souza

Lima, Norma Valéria Dantas Souza, Maristela Lopes

Gonçalves

Revista Estima

ISSN 1806-3144

Indexação

CUIDEN - Base de datos bibliografica de la Fundación Index

REHIC - Catalogo electronico de periódicos

LATINDEX

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

ULRICH

CLASE

1ª edição lançada em: 15/06/2003

Editores Fundadores: Beatriz Farias Alves Yamada, Noemi Marisa Brunet Rogenski e Leila Blanes

Revista Oficial da Associação Brasileira de Estomatoterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST

Tiragem: 2.000 exemplares

Periodicidade: Trimestral

Produção Editorial: Associação Brasileira de Estomatoterapia

Diagramação: Fabio Henrique das Neves

Impressão: NorthGraph Gráfica e Editora

Capa: "O PINTOR" - 29cm x 40 cm - 2006 técnica mista sobre papel cartão. Luiz Carlos Rufo.

Distribuição: Gratuita para membros ativos da SOBEST - Associação Brasileira de Estomatoterapia

Rua Antonio de Godoi, 35 cj 102 – Centro

CEP 01034-001 – São Paulo – SP (11) 3081-0659

www.sobest.org.br sobest@sobest.org.br

Edições anteriores:

v.11 n.2 mai/jun/jul de 2013



v.11 n.3 jul/ago/set de 2013



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.



As opções que
você precisa.
**A experiência
que você quer.**

Estomia Hollister - Adjuvantes

Por quase 50 anos, a Hollister tem o compromisso de fornecer um atendimento de alta qualidade em estomia.

Décadas de experiência nos ajudaram a desenvolver uma compreensão profunda das necessidades individuais daqueles que precisam de nossos produtos e serviços.

Isso é o que fundamenta a nossa capacidade de criar soluções inovadoras e personalizadas para dar suporte aos profissionais.

A Hollister está comprometida com a satisfação de todos que utilizam nossos produtos e serviços.

Além disso, oferecemos a maior linha de adjuvantes para estomia, com o objetivo de ajudar na escolha certa para cada usuário.

A experiência Hollister, somada a esta ampla gama de opções, ajuda a promover resultados positivos para os usuários.



Conheça o **QualiVida**

Programa de Atendimento
ao Estomizado

0800 778 1000

Ligação gratuita
Horário comercial
qualidade@hollister.com.br

Estomia Hollister.
Os Detalhes Importam.

 **Hollister**

Sumário

Artigos Científicos

Artigo Original

Papel do Enfermeiro Estomaterapeuta no Cuidado de Pessoas Estomizadas: Opinião dos Usuários.....12

Role of the Wound, Ostomy and Continence Nurse in Stoma Care: the Patient's Opinion

Rol del Enfermero Estomaterapeuta en la Atención de las Personas Ostomizadas: Opinión de los Usuarios

Joyce Gleice de Souza, Juliana Medeiros Martins, Ana Beatriz Pinto da Silva Morita, Maria Angela Boccara de Paula

Incidência e Prevalência de Úlceras por Pressão em Pacientes Internados em um Hospital Universitário.....17

Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers among Inpatients in a University Hospital

Incidencia y Prevalencia de las Úlceras por Presión en Pacientes Internados en un Hospital Universitario

Marina Apolônio de Barros, Santana de Maria Alves de Sousa, André Luís Braga Costa, Leandro de Sousa Rosa, Ricardo Clayton Silva Jansen

Tempos de Colostomizado e de Seguimento no Serviço e a Qualidade de Vida de Pessoas Colostomizadas, com e sem Uso de Métodos de Controle Intestinal.....25

Time since Colostomy, Follow-up Time at the Health Center and Quality of Life of Colostomy Patients Using or not Using Methods of Bowel Control

Tiempos de Colostomía y del Seguimiento en el Servicio de Salud y la Calidad de Vida de Colostomizados, con y sin Uso de los Métodos de Control Intestinal

Isabel Umbelina Ribeiro Cesaretti, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Sandra Soares Schifftan, Lucila Amaral Carneiro Vianna

Relato de Caso

Cuidado Sistematizado em Úlceras Neuropáticas: Relato de Caso.....32

Systematic Care of Neuropathic Ulcers: A Case Report

Cuidado sistematizado de las Úlceras Neuropáticas: Relato de Caso

Rayssa Nogueira Rodrigues, Maísa Mara Lopes Macêdo, Daniel Nogueira Cortez, Fernanda Moura Lanza, Tarcísio Laerte Gontijo

Resumos

Mucosite Oral em Pacientes Oncológicos e suas Implicações para a Assistência de Enfermagem.....37

Sarah Nilkece Mesquita Araújo, Maria Helena Barros Araújo Luz

Úlcera por Pressão em Crianças e Adolescentes Hospitalizados: Prevalência, Incidência e Perfil Epidemiológico.....38

Donata Maria de Souza Pellegrino, Leila Blanes, Lydia Masako Ferreira

Conselho Editorial..... 3

Mensagem do Presidente..... 9

Editorial.....10

Instruções aos Autores.....12

ALLEVYN[®]

Curativo de espuma hidrocélular

Controle de exudato na ferida crônica

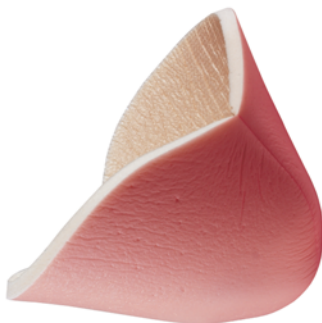
NOVAS APRESENTAÇÕES:

ALLEVYN[®] GENTLE



Revestido por uma camada adesiva de Soft-Gel que facilita a aplicação e remoção sem traumas. Indicado para pacientes de pele frágil, sensível, ideal para idosos e crianças.

ALLEVYN[®] HEEL NON-ADHESIVE



Indicado para uso em calcâneo e cotovelo.

ALLEVYN[®] SACRUM ADHESIVE



Indicado para uso na região sacra.

IODOSORB[®]

Pomada com 0.9% Cadexômero Iodo

Seguro. Rápido. Eficaz.

- Liberação lenta com tripla ação: desbrida, protege e absorve, tudo de uma vez
- Ação antimicrobiana de largo espectro, inclusive MRSA²
- Altamente absorvente, remove o esfacelo para acelerar a cicatrização

Iodosorb se apresenta em forma de pomada, fácil de aplicar e não tóxico¹ para uso em feridas crônicas. Apresenta evidência com várias publicações, ensaios multicêntricos randomizados.^{3,4,5}



1. Zhou LH, Nahm WK, Badiavas E, Yufit T, Falanga V. Slow release iodine preparation and wound healing in vitro effects consistent with lack of in vivo toxicity in human chronic wounds. Br J Dermatol 2002;146:365-74 | 2. Mertz PM, Oliveira-Gandia MF, Davies S. The evaluation of a cadexomer iodine wound dressing on methicillin resistant Staphylococcus aureus in acute wounds. Dermatol Surg 1999;25:89-93 | 3. Ormiston MC, Seymour MT, Venn GE, Cohen RJ, Fox JA. Controlled trial of Iodosorb in chronic venous ulcers. BMJ 1985;291:308-10 | 4. Leaper DJ, Durani P. Topical antimicrobial therapy of chronic wounds healing by secondary intention using iodine products. Int Wounds J 2008;5:361-368 | 5. O'Meara S, Al Kurdi D, Yemisi O, Ovington LG. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic reviews. In: The Cochrane Library, Issue 12

Mensagem do Presidente



Queridos colegas.

Embaladas pelo sucesso do X Congresso Brasileiro de Estomaterapia e dos diversos “cafés, açais e cajuínas científicas” que proporcionaram agradáveis trocas de experiências entre colegas enfermeiros e outros profissionais interessados nas áreas de abrangência da especialidade, iniciamos o planejamento do III SIMPÓSIO INTERNACIONAL NORTE NORDESTE (que acontecerá em setembro, em Maceió) e das demais atividades que serão realizadas em 2014, incluindo as primeiras providências para o XI CBE. Este ocorrerá no Estado do Rio de Janeiro, em 2015, conforme decisão da última Assembleia Geral Ordinária.

Particularmente, como líder de uma equipe competente e envolvida, sinto-me motivada para mais um ano de muito trabalho. Até aqui, atingimos muitas das metas propostas, entre elas maior visibilidade da SOBEST; oportunidades de desenvolvimento das nossas lideranças distribuídas pelo país (quantos talentos!!!); criação de novas seções e estímulo às existentes; democratização do conhecimento através das reuniões científicas nos locais de trabalho e com inscrição gratuita; maior participação dos profissionais locais, estomaterapeutas ou não, na promoção e organização dos grandes eventos científicos (excelentes e atuantes grupos força tarefa); maior apoio e participação das Secretarias da Saúde Estaduais e Municipais, Universidades, ABEn, CORENs e COFEN nos eventos nacionais e regionais; discussão de temas de saúde pública através dos Fóruns de Gestores (já na 4ª edição!); espaço para realização de encontros das associações de pessoas com estomas durante nossos grandes eventos (quatro edições); publicação *online* da Revista Estima em português (edições anteriores) e castelhano; ampliação das indexações da Estima, entre outros.

Nos bastidores, muitos envolvidos. Diretorias e colaboradores das Seções (Bahia, Ceará, Distrito Federal, Pará, Paraná, Pernambuco e Rio de Janeiro), colegas de outros estados (futuras seções? Esperamos!), empresas/pessoas que nos prestam serviços, patrocinadores/expositores/anunciantes e parceiros. Parabenizo-os, admiro-os e espero que continuem muito motivados, pois ainda temos muito a fazer.

Novos sonhos??? Muitos!!! Entre eles, a edição *online* da Estima em inglês, contratação de uma eficiente assessoria de imprensa, novas seções, crescimento do número de associados, entre muiiiiiitos outros!!!

Esse crescimento acelerado da nossa querida SOBEST torna indispensável o aumento do número de participantes na diretoria e que, dentre esses, possamos contar com colegas de outros estados, necessidade sentida “na pele” pelos membros na atual gestão. Para que possamos viabilizar mudanças válidas para a próxima eleição, convocaremos uma Assembleia Geral Extraordinária (AGE) no primeiro ou início do segundo trimestre do próximo ano, por haver necessidade de alterações no estatuto.

Encerro as atividades de 2013 com a plena sensação do dever cumprido e com a alegria e entusiasmo expressos pelas nossas editoras no Editorial desta edição.

Vibrações sintonizadas com as energias impregnadas de amor e fraternidade partem do meu coração, próprias das festas de final de ano, com as quais desejo envolver a todos. Junto aos votos de paz, saúde e prosperidade soa o alerta de que em, nenhum momento Jesus Cristo, o aniversariante, seja esquecido.

Suely Rodrigues Thuler
Presidente

Editorial



Finda mais um ano e a Revista Estima o encerra celebrando, pois continua colaborando para divulgar a produção científica da Estomaterapia Brasileira, maior e de melhor qualidade científica a cada ano. O aumento dos manuscritos recebidos de colegas de todo o Brasil, muito nos alegra e nos estimula, vez que este é um reflexo do interesse dos colegas em dividir suas experiências e contribuir para a produção de conhecimentos e evidências na área da Estomaterapia.

O Congresso Brasileiro de Estomaterapia (CBE), que ocorreu em Salvador, em outubro passado, foi um momento único para a especialidade, constituindo o maior congresso já realizado pela SOBEST desde o seu início, em 1994. Neste ano, o CBE contou com quase 1100 inscritos, número recorde em nossa história. O curso da International Continence Society (ICS), que ocorreu como parte integrante do evento, também foi um sucesso e, certamente, muito contribuiu para o número expressivo de participantes. Os convidados internacionais presentes e participantes avaliaram bastante positivamente nossa organização, empenho e qualidade das palestras e palestrantes, fato este que muito nos orgulha e nos motiva a continuar, mostrando que estamos na direção certa. Outra grande conquista foi a presença constante do público em todas as atividades do evento, inclusive no último dia e na sessão de encerramento, apesar do local maravilhoso em que o congresso aconteceu, com o mar à nossa porta! Há que se destacar também a pontualidade das atividades, outro aspecto muito elogiado, o que nem sempre é a marca de eventos eminentemente de e para enfermeiros. Mais de 400 resumos enviados transformaram-se em apresentações orais e de pôster também bastante valorizados e comentados. Esta e a colaboração disciplinar e interdisciplinar constituíram outras duas marcas relevantes do CBE, em 2013. Agradecemos a todos os envolvidos desde o processo de preparação até o final do evento, particularmente as colegas da Bahia, ao Coren Bahia, às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, à Tribeca Eventos, à TH Design, às Empresas patrocinadoras, aos membros da Diretoria Executiva da SOBEST, aos colegas estomaterapeutas participantes das Comissões Científicas tanto do evento quanto do ICS Educational Course e a tantos outros que colaboraram incansavelmente para o sucesso desse grandioso evento.

O ano 2014 inicia-se dentro de alguns dias. Muitas metas e desafios estão presentes para a Estomaterapia Brasileira, destacando-se dentre eles: a entrega das competências do enfermeiro estomaterapeuta, nas três áreas da especialidade, para apreciação do COFEN; o estabelecimento do processo de retitulação dos membros titulares da SOBEST; a organização do III Simpósio Norte Nordeste de Estomaterapia, que deverá ocorrer em setembro de 2014, em Maceió; a eleição da nova diretoria da SOBEST (gestão 2015-2017); a reorganização e modernização do sistema eletrônico da Revista Estima; o acompanhamento, supervisão, credenciamento e recredenciamento dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia no país; a participação ativa no Congresso Mundial da Especialidade promovido pelo WCET (junho de 2014, em Gotemburgo, na Suécia) e outros, que surgem no dia a dia da Associação.

Para que possamos continuar a construir nossa história, com muita determinação e compromisso, é necessário o envolvimento e participação de todos os associados. Sugestões, críticas, elogios, contribuições são sempre bem vindas e, portanto, não deixem de opinar e contribuir! O nosso desejo é continuar a participar da construção da história da Estomaterapia Brasileira, especialidade que cresce e contribui para que o enfermeiro amplie seus espaços e possibilidades para além do contexto técnico-assistencial, mostrando sua fundamental importância, como um profissional essencial e que faz a diferença nos mais diversos campos de atuação do especialista. Reconhece-se que Estomaterapia transita em espaços que vão da saúde coletiva à Unidade de Terapia Intensiva, no ensino, na pesquisa, na consultoria e auditoria, no desenvolvimento de produtos e tecnologias para a prática especializada avançada, dentre outros. Fazemos parte dessa História!

Neste momento, as editoras aproveitam para desejar a todos Um Natal abençoado e um Ano realmente Novo, pleno de **desafios** que se tornarão, certamente, grandes **conquistas**!!

*Maria Angela Boccara de Paula
Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos
Editoras*

Instruções aos Autores

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

Aspectos Éticos

■ Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente, no país de origem da pesquisa. Nas pesquisas desenvolvidas no Brasil, o número do processo/projeto deverá constar na Seção de Métodos do artigo.

■ Todos os artigos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e dos membros do Conselho Editorial.

■ Quando houver a utilização de produtos farmacêuticos, estes deverão ser citados genericamente no corpo do texto. Havendo necessidade de citar a marca, esta deverá ser efetuada no final do texto como observação.

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

Seleção e Revisão dos Manuscritos

■ Os manuscritos poderão ser enviados em forma de artigo original, reflexão teórico-filosófica, revisão de literatura, artigo de atualização - incluindo temas de interesse para a Estomaterapia - estudo clínico (caso) e resumos de dissertação ou tese.

■ Cada manuscrito submetido à RE é inicialmente analisado pelos editores quanto ao cumprimento das normas. Em caso de não atendimento às mesmas, pode ser recusado ou devolvido para revisão. Quando aprovado pelos editores, o manuscrito é encaminhado à apreciação de, pelo menos, dois membros do Conselho Editorial, eleitos pelos editores, os quais dispõem de plena autoridade para decidir sobre a sua aceitação, recusa ou sugestão de alterações necessárias. Essas notificações serão feitas ao autor exclusivamente por e-mail.

■ O manuscrito e a declaração de responsabilidade, cessão de direitos autorais e esclarecimento das relações que podem estabelecer conflitos de interesse deverão ser enviados para a REVISTA ESTIMA, exclusivamente por e-mail (revistaestima@sobest.org.br). Carta disponível em www.sobest.org.br.

■ Quando há mais de um autor, somente um deverá ser identificado para a troca de correspondência, fornecendo o nome da instituição e o endereço completo (incluindo endereço eletrônico).

Apresentação dos manuscritos

■ Os manuscritos deverão ser inéditos. Não serão aceitos manuscritos encaminhados simultaneamente a outros periódicos ou previamente publicados. Exceções são feitas àqueles publicados/apresentados em anais de reuniões científicas (congressos, simpósios etc.) ou àqueles que os editores da RE julgarem ser de grande relevância para a estomaterapia. Nessa segunda exceção, o manuscrito somente será

republicado mediante autorização escrita dos editores do periódico onde foi originalmente publicado.

■ Os manuscritos deverão ser digitados em Programa Word for Windows, em português, inglês ou espanhol, em formato A4, letra Times New Roman, tamanho 11, com espaço 1,5, mantendo margens laterais de 2,5 cm, superior de 3 cm e inferior de 2 cm. deverão ser colocados após as referências bibliográficas.

Forma de apresentação

- **Página de rosto:** deve conter título do manuscrito em português, inglês e espanhol; autores com respectivas titulações, instituição de trabalho e endereço para correspondência.

- **Título:** deve estar em português, inglês e espanhol sem abreviações, em tamanho 18. O título deve ser conciso e explicativo e representar o conteúdo do trabalho. Deve conter, no máximo, 18 palavras.

- **Texto:** Esta parte deverá conter novamente o título do manuscrito (em português, inglês e espanhol), seguido de resumo, abstract e resumen além dos descritores. O resumo com no máximo 250 palavras, deverá ser apresentado em português, inglês e espanhol, tamanho 11 e espaçamento simples. Os descritores são no máximo de 3 a 6, separados por ponto devendo, também, ser apresentados em português, inglês e espanhol. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em espanhol, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e inglês. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em inglês, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e espanhol. Os descritores devem estar de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) ou MeSH (Medical Subject Headings) e devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/> e <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> respectivamente.

O texto do manuscrito deve ser estruturado na seguinte seqüência: Introdução (que deve conter justificativa), Hipóteses (quando cabível), Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão (contendo limitações e recomendações), Conclusão e Referências. Anexos somente serão aceitos quando necessários/indispensáveis para o estudo. Ao ser baseado em monografia, dissertação ou tese, o manuscrito deve indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada e defendida em nota de rodapé. O manuscrito deve estar paginado.

- **Figuras e tabelas:** devem vir ao final do texto, estarem devidamente numeradas e terem as posições indicadas no texto. Quando houver fotografias, estas devem estar em resolução acima de 300dpi. Não serão aceitas fotos ou figuras originárias de outros estudos, sem a autorização dos autores originais. As citações e referências devem ser elaboradas de acordo com as normas Vancouver (www.icmje.org).

1) **Artigo Original** - os manuscritos de pesquisa sobre estomias, feridas e incontinências e outros temas relacionados à estomaterapia devem ter, no máximo, 15 páginas, incluindo figuras, tabelas, referências e anexos.

2) **Reflexão teórico-filosófica** - artigos descritivos e interpretativos, com base em literatura recente acerca da situação geral e de reflexão sobre temas de enfoque da revista. Devem ter, no máximo, 7 páginas.

3) **Revisão de literatura (Sistemática ou Integrativa)** - estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Estomaterapia, respeitando a estrutura estabelecida anteriormente para o texto. Limitado a 10 páginas.

4) **Atualização** - estudos que relatam informações atuais sobre tema de interesse para a estomaterapia, por exemplo, uma nova técnica, e que tem características distintas de um artigo de revisão. Limita-se a 5 páginas.

5) **Relato de caso** - refere-se à divulgação de relatos de experiência da prática clínica em Estomaterapia. Sua extensão limita-se a 4 páginas.

6) **Resumo de dissertação ou tese** - os resumos devem conter introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusões.

Normas revisadas em março de 2010.

Papel do Enfermeiro Estomaterapeuta no Cuidado de Pessoas Estomizadas: Opinião dos Usuários

Role of the Wound, Ostomy and Continence Nurse in Stoma Care: the Patient's Opinion

Rol del Enfermero Estomaterapeuta en la Atención de las Personas Ostomizadas: Opinión de los Usuarios

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 12 - 16

Joyce Gleice de Souza¹, Juliana Medeiros Martins², Ana Beatriz Pinto da Silva Morita³,
Maria Angela Boccara de Paula⁴

Resumo

O estomaterapeuta é o profissional que possui conhecimento e capacitação para assistir a pessoa estomizada. O papel do enfermeiro estomaterapeuta (ET) deve ser desenvolvido para contribuir para a adesão do paciente ao autocuidado, favorecendo a sua rápida reinserção social, em direção à melhoria da qualidade de vida. O objetivo do estudo foi conhecer a opinião do estomizado sobre a atuação do ET no seu cuidado durante o processo de reabilitação. Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com 40 estomizados cadastrados há, pelo menos, seis meses em um pólo de atenção ao estomizado no município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de formulário contendo nove questões. Dentre os resultados, 36 (90%) pacientes possuíam conhecimento sobre a atuação do ET e julgavam sua atuação como muito necessária e quatro (10%), apenas necessária. Trinta e nove (97,5%) expressaram nível de satisfação positivo em relação à atuação do ET no pólo. Em Os resultados indicam que o ET parece ter um papel fundamental no cuidado da pessoa com estomia, sendo responsável direto pela educação em saúde e incentivo do estomizado na busca da autonomia, após a confecção do estoma. Porém, ainda se faz necessário expandir sua atuação em todos os níveis de atenção à pessoa estomizada.

Descritores: Enfermagem. Especialização. Estomia.

Abstract

The wound, ostomy and continence (WOC) nurse is a professional who has the knowledge and training in the care of persons with a stoma. A WOC nurse should develop skills to promote patient self-care behaviors, which favor a rapid reintegration of these patients, thus improving their quality of life. The aim of this study was to assess the ostomy patient's opinion about the care received from the WOC nurse during the rehabilitation process. This was a quantitative, exploratory, descriptive study conducted with 40 ostomy patients registered for at least 6 months in a center of care and services for the ostomy patient, in the city of São Paulo, Brazil. Data were collected using a 9-item questionnaire. We found that 36 (90%) patients had knowledge about the role of the WOC nurse and considered the WOC nurse's interventions as "very necessary", and that only 4 (10%) patients regarded the interventions as "necessary". Thirty-nine (97%) patients were satisfied with the performance of the WOC nurse in the health center. The results showed that the WOC nurse seems to play a fundamental role in the care of ostomy patients as the main responsible for the health education and encouragement of ostomy patients toward self-care after the stoma creation. However, it is still necessary to expand the nurse's role in all levels of care for ostomy patients.

Descriptors: Nursing. Especialization. Ostomy.

Resumen

El estomaterapeuta (ET) es un profesional que posee los conocimientos y la capacitación para ayudar a la persona ostomizada. El rol del ET debe ser desarrollado para contribuir con la adherencia del paciente al autocuidado, favoreciendo su rápida reinserción social, en busca de mejorar su calidad de vida. El objetivo del estudio fue conocer la opinión del paciente ostomizado acerca de las actividades del ET en su cuidado, durante el proceso de rehabilitación. Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cuantitativo. La recolección de los datos se llevó a cabo con 40 participantes ostomizados, registrados por lo menos hace seis meses en un centro de atención a pacientes ostomizados en São Paulo, a través de un formulario que contenía nueve preguntas. Entre los resultados, 36 (90%) pacientes tenían conocimiento sobre el rol del ET y calificaban su desempeño como muy necesario y, cuatro (10%) manifestaron apenas ser necesario; 39 (97,5%) expresaron un nivel de satisfacción positivo sobre el desempeño del ET en el centro. Los resultados indican que el ET parece tener un rol fundamental en la atención de la persona con ostomía, siendo responsable directo por la educación en salud y el fomento del ostomizado por la búsqueda de su autonomía, después de la realización del estoma. Sin embargo, todavía es necesario ampliar su actuación en todos los niveles de atención de la persona ostomizada.

Palabras claves: Enfermería. Especialización. Estomía.

Introdução

O termo ostomia ou estomia refere-se a uma abertura realizada no corpo, que exterioriza qualquer órgão oco. De modo geral, pacientes com doenças crônicas intestinais e urinárias como: doenças inflamatórias, cânceres, traumas e enfermidades congênitas, podem ser submetidos à confecção de estomas temporários ou definitivos, como parte de seu tratamento cirúrgico¹.

O número de pacientes com derivação intestinal e urinária cresce a cada ano; a cirurgia auxilia minimizar a dor e o desconforto, proporcionando melhor qualidade de vida. Porém, muitas vezes, a cirurgia acarreta problemas psicossociais bem como aqueles relacionados com a integridade cutânea e adaptação ao equipamento coletor². A partir dessa nova condição, a pessoa estomizada depara-se com a necessidade de buscar soluções. Por esse motivo, reúnem-se em grupos, denominados associações de pessoas estomizadas, as quais, na atualidade, se encontram espalhadas por todo o país.

No Brasil, a primeira associação oficial de pessoas estomizadas surgiu na cidade de Fortaleza, em 1975. Desde então, várias associações foram criadas, congregadas pela Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), fundada em 1986. Todas elas têm suas bases na filosofia e objetivos que norteiam a Associação Internacional dos Ostomizados (IOA)³.

Em outubro de 1989, proveniente de conquistas das pessoas com estomias, através das associações e de profissionais, normatizou-se a inserção do estomizado na Lei nº 7853, voltada para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (CORDE). Salienta-se que, nessa lei, havia critérios

de planejamento para aquisição e distribuição dos equipamentos coletores. Devido a isto, em 04/10/99 oficializou-se a portaria nº 1230, que inclui novos itens na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA - SUS). No entanto, a portaria mostrou-se limitada, não só por conter especificações restritas e inadequadas sobre a aquisição e dispensação dos equipamentos coletores e adjuvantes, mas também pela falta de uma política assistencial especializada⁴.

Visando a uma assistência singular no atendimento da pessoa com estomia, em 1990, surge no Brasil, o primeiro curso de especialização em enfermagem em estomaterapia, na Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo⁵. Este também foi um marco importante na história da estomaterapia brasileira.

Objetivando a reabilitação e melhoria na qualidade de vida e do cuidado à pessoa com estomia, em 16/11/09 foi publicada uma nova portaria (Nº400), que regulamentou intervenções especializadas de natureza interdisciplinar, incluindo prescrição, fornecimento e adequação dos equipamentos, adjuvantes de proteção e segurança.

Certamente, na área assistencial, o enfermeiro estomaterapeuta (ET) é o profissional mais bem preparado para essa prática assistencial, devido à sua especialização para o cuidado da pessoa com estomia, ajudando-a no processo de reintegração ao convívio social. Partindo desse pressuposto, este estudo buscou conhecer o papel do ET na opinião dos pacientes e, assim, obter subsídios sobre as possíveis lacunas existentes na sua atuação objetivando sempre a busca de novas estratégias que venham a colaborar ainda mais para melhoria da assistência ao estomizado.

Objetivo

Conhecer a opinião do estomizado sobre a atuação do ET no seu cuidado, durante o processo de reabilitação.

Métodos

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em um pólo de atenção a pessoas estomizadas adultas, no município de São Paulo.

O estudo foi realizado com amostra de conveniência de 40 pessoas estomizadas, adultos, de ambos os sexos, operados há, pelo menos, seis meses. Esse período é considerado como o mínimo necessário para que a pessoa assistida tenha maior clareza do trabalho do enfermeiro estomaterapeuta, através do contato direto nos atendimentos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP nº398/12) e autorizado pela instituição onde os dados foram coletados.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada sujeito da pesquisa, os dados foram coletados utilizando-se um formulário que continha nove questões, sendo sete de múltipla escolha e duas abertas, versando sobre o atendimento fornecido pelo enfermeiro estomaterapeuta, na visão dos pacientes. Esse formulário foi respondido pelos pacientes, por autopreenchimento, sob supervisão ou auxílio do pesquisador quando necessário, durante as visitas ao pólo de atenção aos estomizados do município de São Paulo, no mês de janeiro de 2013.

Os dados foram analisados descritivamente e são apresentados em números absolutos e percentuais.

Resultados e Discussão

Dos 40 pacientes, 23 (57,5%) eram mulheres. No que tange à idade dos participantes, variou de 39 a 88 anos, sendo a média etária de 65 anos.

A pesquisa apontou a predominância de estomizados casados (19/ 47,5%); o restante do grupo ficou assim distribuído: 10 (25%) viúvos, oito (20%) solteiros e três (7,5%) divorciados.

Dos 40 estomizados, constatou-se que 19 (47,5%) foram diagnosticados com câncer de reto e

nove (22,5%) com câncer de colon, seguidos de cinco (12,5%) com câncer de bexiga, dois (5%) com Doença de Crohn e cinco (8%) com outras doenças, como hérnia e câncer de estômago e vesícula. Esses resultados estão relacionados com o tipo de estoma confeccionado nesses pacientes, sendo que 32 (80%) eram colostomizados, quatro (10%) ileostomizados e quatro (10%) urostomizados. Apesar de existirem diversas causas para a construção de uma estomia, no presente estudo, a mais freqüente foi o câncer de cólon e reto, segundo tipo mais freqüente na região sudeste do Brasil ⁶.

Tendo em vista que a pesquisa foi feita com pacientes com tempo de estomia superior a seis meses, encontraram-se 15 (37,5%) com estomia de um a cinco anos, 12 (30%) de seis a 10 anos, dois (5%) de 11 a 15 anos, seis (15%) de 16 a 20 anos e cinco (12,5%) de 21 a 25 anos.

Em relação à atuação do ET, dentre os 40 pacientes pesquisados, 36 (90%) responderam que tinham conhecimento sobre o papel do enfermeiro estomaterapeuta. Quanto à percepção da atuação desses profissionais, 15 (37,5%) responderam que seu papel era orientar e avaliar o paciente; 14 (35%), orientar somente quanto ao uso da bolsa; quatro (20%), somente orientar; um (2,5%), somente avaliar; um (2,5%), orientar e estabelecer relação com as associações dos estomizados, um (2,5%) participante embora tenha respondido que sabia qual era área de atuação do enfermeiro, não soube especificá-la.

Em relação ao trabalho do ET, 36 (90%) participantes consideraram sua atuação muito necessária e quatro (10%) necessária. No que se refere à importância da atuação do ET no período pré-operatório, 23 (57,5%) consideraram a atuação importante. Dos 17 (42,5%) pacientes que consideraram a atuação do ET importante, 13 (76%) justificaram que escolheram essa opção porque tomaram conhecimento da existência desse profissional e receberam sua orientação antes da cirurgia e quatro (24%) não souberam justificar.

Dos 23 (57,5%) participantes que responderam que a atuação do ET não foi importante, 12 (52%) passaram por uma cirurgia de emergência, justificando, talvez, seu desconhecimento sobre a importância do ET naquela etapa, pois não tiveram a oportunidade de receber orientação prévia; cinco (22%) responderam que a orientação do médico foi suficiente e seis (26%) não souberam justificar sua resposta.

Investigando a atuação do ET no âmbito hospitalar, perguntou-se aos participantes se eles tiveram contato com o estomaterapeuta antes da primeira consulta, no pólo de atenção aos estomizados. Do total de pacientes, 34 (85%) responderam que não tiveram qualquer contato prévio. A minoria desses participantes (6/15%) teve acesso ao atendimento do ET antes da inserção no pólo de atenção ao estomizado. Desses, três tiveram contato no hospital antes da cirurgia, outros três após a cirurgia, dois no hospital e um no serviço ambulatorial do próprio hospital. Esse número reduzido de atendimentos pode estar relacionado à baixa demanda de ETs nas instituições hospitalares brasileiras e o cuidado desses pacientes fica a cargo de enfermeiros generalistas ⁷.

Com relação à questão: “Em qual aspecto o estomizado recebeu orientação do enfermeiro estomaterapeuta no pólo de atenção ao estomizado”, 30 (75%) responderam que receberam orientações sobre os cuidados com a estomia, pele periestoma e limpeza. Oito (20%) receberam, ainda, informações sobre utilização dos adjuvantes e sobre a autoirrigação da colostomia. Dois (5%) informaram não terem recebido qualquer tipo de atendimento.

Quanto à frequência de atendimentos do ET no pólo de atenção ao estomizado, 24 (60%) participantes responderam que receberam o atendimento quando houve necessidade, 13 (32,5%) a cada três meses, um (2,5%) a cada seis meses, um (2,5%) informou que recebeu atendimento uma vez por mês e um (2,5%) apenas uma vez. Esses resultados podem ser explicados considerando-se a organização do atendimento no pólo de atenção ao estomizado, onde a pesquisa foi realizada. O pólo conta com a atuação de cinco enfermeiras estomaterapeutas, que adotam como critério que o paciente, ao ser cadastrado no Pólo, seja atendido primeiramente pela ET, em consulta especializada, e, posteriormente, a cada três meses. Nesse ínterim, apenas recebe os equipamentos e alguma orientação mais geral pelo auxiliar de enfermagem, caso seja necessária. No entanto, o paciente pode solicitar a avaliação do ET, sempre que precisar ou quando houver identificação da necessidade pelo auxiliar de enfermagem (em caso de complicações, por exemplo).

Conforme se verificou em visita a outros pólos de atenção ao estomizado do Município de São Paulo, contatou-se que a média de atendimentos do ET varia muito, porém, todo o paciente recém estomizado e em caso de demandas específicas e especializadas, tem a possibilidade de passar em consulta com o especialista, cumprindo-se assim o preconizado pela

portaria do Ministério da Saúde N° 400/2009.

No que se refere ao atendimento do pólo de atenção ao estomizado, para 21 (52,5%) participantes, o mais importante era o atendimento especializado e o recebimento dos equipamentos coletores específicos; para 14 (35%), o recebimento do equipamento; para quatro (10%), apenas o atendimento especializado; e, para um (2,5%), o atendimento não tinha qualquer importância.

Em relação à importância de ter o atendimento especializado, sabe-se que o acompanhamento continuado do ET auxilia o paciente a reconquistar o sentido da vida, bem como a manutenção e reconstrução das atividades sociais, trabalho e lazer, anteriores à cirúrgica ⁸.

Para finalizar o formulário, solicitou-se ao estomizado que definisse, com apenas uma palavra, a atuação do ET no pólo de atenção à pessoa estomizada. Trinta e nove (97,5%) definiram a atuação como positiva, utilizando os seguintes adjetivos, relatados espontaneamente: atenciosa (11/ 27,5%), importante (8/ 20%), fundamental (8/ 20%), ótimo (4/ 10%), boa (3/ 7,5%), perfeito (2/ 5%), reconfortante (2/ 5%) e carinhosa (1/ 2,5%). Apenas um paciente (2,5%) definiu o atendimento como regular.

A avaliação positiva do papel do ET demonstra a percepção, por parte dos pacientes, de atributos no atendimento como reconhecimento, respeito e responsabilidade que esses profissionais possuem no processo de reabilitação da pessoa com estomia. A adaptação do estomizado depende do apoio, dos estímulos e da compreensão, tanto das pessoas ao redor quanto dos profissionais de saúde que os atendem ⁹.

Assim, a consulta especializada com o ET é essencial por oferecer às pessoas com estomias, além do suporte técnico, maior entendimento das alterações ocorridas, o que auxiliará no processo de adaptação, contribuindo para que o estomizado possa aceitar e conviver harmonicamente com a nova situação ¹⁰.

Considerações Finais

Este estudo permitiu concluir que todos os participantes apresentaram avaliações favoráveis sobre o atendimento por ET, por acreditarem que essa atuação era necessária para o seu processo de reabilitação. Nesse sentido, 62,5% (25) consideravam

Artigo Original

a atuação do ET como o mais importante dos serviços prestados no Pólo e 37,5% (15) como muito importantes. Mesmo os participantes que não apontaram a atuação do ET como a mais importante, a definiram como positiva.

Como é do conhecimento dos profissionais envolvidos na área da saúde, a alteração que ocorre na vida de uma pessoa com estomia interfere tanto em sua realidade quanto na de seus familiares, exigindo a busca de diferentes estratégias para o enfrentamento das dificuldades. Uma equipe multidisciplinar qualificada, para orientar paciente e seus familiares, com relação à nova rotina diária no retorno ao lar, contribui para que ambos tornem-se mais seguros para aderir aos cuidados advindos da nova condição e necessidades estabelecidas pela estomia. Nesse sentido, o governo brasileiro, por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 400/2009, vem oferecendo serviços para a população em pólos de atenção ao estomizado.

Tanto a literatura consultada como as respostas dos usuários do Pólo de Atenção aos Estomizados, no presente estudo, apontaram a necessidade de orientação pré e pós-operatória para que os pacientes consigam alcançar a melhor qualidade de vida possível, tanto no aspecto físico quanto psicossocial.

Este estudo mostra que a pessoa estomizada considera a atuação do ET como fundamental para sua reinserção na sociedade; bem como possibilitou o conhecimento da importância da atuação do ET durante todas as fases do processo de reabilitação, pois é o profissional responsável por transmitir as orientações necessárias, tanto para o paciente quanto para a família, principalmente no que tange ao autocuidado. Esses aspectos favorecerão a independência e a adaptação do paciente, já que o ET é um profissional com conhecimento científico para desenvolver programas de educação em saúde e esclarecer dúvidas quanto à estomia e aos seus cuidados.

Artigo recebido em: 25/08/2013

Aceito para publicação em: 10/10/2013

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista; Especialização em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté. Assessora Educacional pela Empresa Coloplast. Email: joycinba.souza@hotmail.com

² Graduação em Enfermagem pela Faculdade Natalense para Desenvolvimento do Rio Grande do Norte; Especialização em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté.

³ Enfermeira Estomaterapeuta (TiSOBEST). Mestre em Enfermagem. Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade Teresa D'Ávila em Lorena e Coordenador do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade de Taubaté.

⁴ Enfermeira Estomaterapeuta (TiSOBEST). Mestre e Doutor em Enfermagem pela EEUSP. Docente da Unidade de Ensino Enfermagem e Nutrição, Coordenador do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia e do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté.

Ressalta-se ainda o vínculo de confiança e respeito que os pacientes estabelecem com esses profissionais, provavelmente como resultado das atividades educativas realizadas nos encontros com os pacientes estomizados, que criam estímulos para o comparecimento às consultas de seguimento, bem como confiança e segurança no profissional.

Referências

1. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA. Vivência do paciente estomizado, uma contribuição para assistência em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):257-64.
2. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study [texto na Internet]. São Paulo: NCBI; 2011 [citado 7 Mar 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034300/>.
3. Cesaretti IUR, Santos VLCCG. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1-12.
4. Paula MAB, Santos VLCCG. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. *Rev latino-am Enfermagem* 2003;11(4): 474-82.
5. Yamada BFA. Histórico: Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) [texto na Internet]. [citado 2012 Mar 7]. Disponível em: http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=47
6. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil [texto na Internet]. [citado 2013 Fev 1]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa2012.
7. Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Latino am Enfermagem* 2002;10(1): 34-40.
8. Sousa CF, Brito DC, Castelo Branco, MZP. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. *Enferm Foco* 2012;3(1):12-15.
9. Santana JCB, Dutra BS, Tameirão MA et al. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):631-8.
10. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA. Vivência do paciente estomizado, uma contribuição para assistência em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(3):257-64.

Incidência e Prevalência de Úlceras por Pressão em Pacientes Internados em um Hospital Universitário

Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers among Inpatients in a University Hospital

Incidencia y Prevalencia de las Úlceras por Presión en Pacientes Internados en un Hospital Universitario

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 17 - 24

Marina Apolônio de Barros¹, Santana de Maria Alves de Sousa², André Luís Braga Costa³,
Leandro de Sousa Rosa⁴, Ricardo Clayton Silva Jansen⁵

Resumo

A úlcera por pressão (UP) é um grave problema de saúde com graves repercussões sanitárias, econômicas, éticas e legais. Essas feridas têm sido uma preocupação da enfermagem, principalmente, quando se trata de pacientes hospitalizados com restrições de movimento. O objetivo do estudo foi determinar a incidência e prevalência de UP em pacientes internados em um hospital universitário em São Luís - MA. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, transversal e prospectiva, exploratória e quantitativa. A prevalência foi obtida em dois dias distintos. O coeficiente de prevalência encontrado no dia 30 de novembro de 2009 e no dia 30 de abril de 2010 foi de, respectivamente, 43,9% e 42,7%. Embora estejam praticamente constantes, os coeficientes de prevalência de UP encontrados neste estudo mostraram-se elevados. O coeficiente de incidência encontrado foi de 21,5%, este se apresenta baixo, se comparado com estudos nacionais. Embora a incidência esteja menor, ainda assim, é necessária a redução desses índices, tendo em vista que a UP é considerada um indicador de qualidade dos serviços de saúde. O conhecimento da incidência e prevalência de UP, no Hospital Universitário em São Luís - MA, determina a dimensão do problema e deve estimular a equipe de enfermagem para estabelecer um programa abrangente de prevenção dessas feridas.

Descritores: Úlcera por Pressão. Epidemiologia. Enfermagem.

Abstract

Pressure ulcer (PU) is a serious health problem with serious health, economic, ethical and legal consequences. These wounds have been a concern of nursing, especially when it comes to hospitalized patients with impaired mobility. The study aimed to determine the incidence and prevalence of PUs among inpatients in a university hospital in São Luís, MA, Brazil. This was a quantitative, exploratory, cross-sectional and prospective, epidemiological study. Prevalence rates were calculated for two different days. The prevalence of PUs was 43.9% on November 30, 2009 and 42.7% on April 30, 2010. Although constant over time, the prevalence rates of PUs found in this study were high. The incidence of PUs was 21.5%, which is low compared to those of previous Brazilian studies. Although relatively low, this rate still needs to be reduced, as PUs are identified as an indicator of poor-quality care. Data on the incidence and prevalence of PUs in the university hospital of São Luís (MA) show the extent of the problem and should encourage nurses to implement a comprehensive program to prevent these wounds.

Descriptors: Pressure Ulcer. Epidemiology. Nursing.

Resumen

La úlcera por presión (UP) es un importante problema de salud con graves repercusiones sanitarias, económicas, éticas y legales. Estas heridas han sido una preocupación de la enfermería, sobre todo cuando se trata de pacientes hospitalizados con movimiento restringido. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia y la prevalencia de las UP en pacientes internados en un hospital universitario (HU) en San Luis - MA. Se trata de una investigación epidemiológica, transversal y prospectiva exploratoria; con características cuantitativas. La prevalencia se obtuvo en dos días diferentes. La tasa de prevalencia encontrada el 30 de noviembre del 2009 fue de 43,9% y la del día 30 de abril del 2010 fue de 42,7%. Aunque son prácticamente constantes, las tasas de prevalencia de UP en este estudio, se mostraron elevadas. El coeficiente de incidencia encontrado fue de 21,5%, mostrándose bajo en comparación con estudios nacionales. Sin embargo, a pesar de una incidencia menor, es necesaria la reducción de estos índices, teniendo en cuenta que la UP es considerada un indicador de calidad de los servicios de salud. El conocimiento de la incidencia y la prevalencia de la UP en el Hospital Universitario, en San Luis-MA, determina la magnitud del problema y debe fomentar en el equipo de enfermería, el establecimiento de un programa integral de prevención de esas heridas.

Descriptor: *Úlcera por presión. Epidemiología. Enfermería.*

Introdução

As definições de Úlcera por Pressão (UP) são encontradas na literatura de várias maneiras, entretanto, todas são convergentes ao defini-las como: lesão da pele e/ou tecido subjacente geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão ou pressão em combinação com cisalhamento¹.

As UPs são um grave problema de saúde com graves repercussões sanitárias, econômicas, éticas e legais. No Reino Unido, o problema jurídico de UP pode ser tratado tanto no âmbito do direito penal quanto do direito civil. Do ponto de vista do direito penal, as UPs são consideradas uma negligência grave. Podem resultar em suspensão ou cassação de licenças de exercício profissional, multa para a instituição e, se houver morte, tanto a instituição como os profissionais envolvidos no processo podem ser acusados de homicídio².

A maioria dessas feridas, consideradas uma iatrogenia³, pode ser prevenida com a adoção de medidas adequadas e com a educação dirigida a profissionais, pacientes e familiares. Sendo necessário, também, o envolvimento da instituição para prover as condições necessárias para o desenvolvimento da assistência⁴.

No entanto, no cenário atual, a ocorrência das UP continua elevada, apesar da maioria delas serem passíveis de prevenção, com a adoção de medidas adequadas. Sua ocorrência causa grande

repercussão para o indivíduo, a família, a sociedade e também para os profissionais, uma vez que há um aumento na carga de trabalho da enfermagem⁴. Essas feridas têm prevalência e incidência muito elevadas, seja no Brasil ou no exterior: em pacientes com quadriplegia (prevalência de 60%)⁵, fraturas femorais (incidência de 66%)⁶ e pacientes em tratamento intensivo (incidência de 37%)^{7,8}.

Segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)⁹, a prevalência de UP nos hospitais dos Estados Unidos varia de 3% a 14%, aumentando para 15% a 25% nos casos em que os pacientes se encontram em repouso absoluto.

No Brasil, não há dados suficientes sobre a incidência e a prevalência de UP. Os estudos disponíveis são desenvolvidos, principalmente, em algumas regiões do país, especialmente no sudeste, e são realizados em alguns setores hospitalares^{5,7,8}. Em um estudo prospectivo, realizado em um hospital universitário, encontrou-se incidência de 39,8% de UP¹⁰. Nessa mesma instituição, foi encontrada prevalência de 18,62%¹¹.

Em um estudo¹² de coorte prospectivo, com pacientes internados em unidades médico-cirúrgicas, desenvolvido em 2001 (fase 1, antes do Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem - PROFABE) e em 2002 (fase 2, após a implantação do PROFABE), em dois hospitais localizados no Estado da Bahia, observou-se que a incidência foi reduzida após a intervenção educativa. Encontraram-se as seguintes incidências

cumulativas: 31,4% (fase 1) e 13,6% (fase 2) Jô hospital 1; e 21,4% e 15% no hospital 2, respectivamente nas fases 1 e 2.

Vale ressaltar que a incidência de UP tem sido considerada um indicador de qualidade da assistência de enfermagem nos serviços de saúde. Alguns autores¹³ consideram o aparecimento das UPs como iatrogenias secundárias a falhas no processo de cuidar, em razão de existir, na atualidade, inúmeras medidas preventivas para o problema, bem como uma variedade de inovações tecnológicas para a sua terapêutica.

Estudos de prevalência e incidência são importantes, pois oferecem a oportunidade do conhecimento de uma situação da prática clínica e a possibilidade de estabelecimento de estratégias visando à melhoria dos índices com a adoção ou desenvolvimento de programas de melhoria de qualidade. Reconhecendo-se a escassez de literatura sobre a prevalência e incidência de UP em diferentes regiões do país, a importância de diagnosticar a situação do serviço no que tange ao número de pessoas acometidas pelo desenvolvimento de UP ao longo do tempo e partindo-se da hipótese de que o Hospital Universitário (HU) em São Luís - Maranhão possui elevadas prevalência e incidência de UP, decidiu-se pela realização deste estudo.

A relevância desta pesquisa está direcionada à necessidade de buscar conhecimento científico, desenvolver subsídios para investimentos no trabalho preventivo e reduzir as complicações advindas das UPs. O seu objetivo foi determinar a incidência e prevalência de UP em pacientes internados em um hospital universitário em São Luís - MA.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, exploratório, quantitativo, do tipo transversal para a análise da prevalência de UP e prospectivo para a avaliação da incidência.

O local onde o estudo foi desenvolvido (HU localizado na cidade de São Luís, no Estado do Maranhão) possui 221 leitos para pacientes de ambos os sexos, dos quais 94 leitos são destinados à clínica médica (feminina e masculina), 11 leitos para a Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI), 6

leitos para a UTI Cardiológica, 81 leitos para a clínica cirúrgica (Alas A e B) e 29 destinados às internações nas áreas de neurocirurgia e ortopedia. A pesquisa foi realizada nas Clínicas Cirúrgicas, Médica e UTI Geral do HU.

Para a identificação da prevalência, a amostra foi constituída de todos os pacientes internados nos setores escolhidos para o estudo, nos dias 30 de novembro de 2009 e 30 de abril de 2010 (início e final do estudo). Já a amostra para obtenção da incidência foi constituída de todos os pacientes considerados de risco, internados entre 11 de novembro de 2009 e 11 de maio de 2010. Consideraram-se pacientes de risco como aqueles que apresentaram score menor ou igual a 18, na aplicação da Escala de Braden. Para fazer parte de ambas as amostras, os pacientes deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter escore de Braden menor ou igual a 18 e aceitar participar da pesquisa.

Conforme os critérios adotados, a amostra do estudo de incidência constituiu-se de 400 pacientes, internados nos setores selecionados para o estudo. Não houve qualquer recusa para participação na pesquisa. Como a prevalência foi obtida em dois momentos diferentes, as amostras constituíram-se de 82 e 95 pacientes em risco, respectivamente em 2009 e 2010.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Protocolo CEP/UFMA nº. 003030/2009-10), procedeu-se à coleta de dados junto aos pacientes que consentiram na participação do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, tanto para o estudo de incidência como para o estudo de prevalência, foram utilizados três instrumentos: o primeiro consta de um formulário aplicado no momento da admissão para obtenção de dados demográficos e clínicos do paciente; o segundo para a identificação do escore de risco para desenvolver UP mediante a aplicação da escala de Braden (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento) e o terceiro para obtenção das características das úlceras (número, localização, classificação e origem da UP), quando presentes. A classificação da UP foi baseada naquela proposta

Artigo Original

pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), ainda em 2007⁹.

Durante a coleta de dados, tanto para o estudo de incidência como para o estudo de prevalência, foi aplicada a Escala de Braden para identificação dos pacientes que apresentavam risco para o desenvolvimento de UP. Nos casos dos pacientes em risco, somente após sua concordância e assinatura do TCLE, passava-se à sua inclusão no estudo e coleta de dados. Coletaram-se, então, os dados demográficos e clínicos do paciente, além da realização do exame físico de todas as regiões de proeminências ósseas, buscando a detecção de UP prévia.

A presença de UP foi avaliada por meio da inspeção da pele segundo a descrição de suas características (número, localização, estadiamento e origem da UP). Os pacientes que apresentaram hiperemia, que poderia ou não ser considerada UP de categoria I, eram mudados de posição e, após 30 minutos, avaliados novamente para afastar a hipótese da presença de hiperemia reativa, evitando-se assim sua confusão com as UP de categoria I.

Para o estudo de incidência, os pacientes dos setores selecionados eram avaliados em dias alternados (segundas, quartas e sextas feiras), durante os seis meses do estudo, com o objetivo de detectar o surgimento de novos casos de UP. Estabeleceu-se a primeira avaliação até 72 horas da admissão do paciente no hospital em estudo, porém, todos os pacientes foram avaliados e cadastrados na pesquisa sempre dentro das primeiras 48 horas após a internação.

A prevalência pode ser medida em um período (ano, mês) ou em determinado momento (dia)¹⁴. Para este estudo, optou-se por realizar o levantamento da prevalência em dois dias distintos, dias 30 de novembro de 2009 e 30 de abril de 2010 - primeiro e penúltimo mês da pesquisa.

As informações coletadas foram transferidas para a planilha do aplicativo Microsoft Office Excel® 2007 e submetidas à análise estatística descritiva. Para o cálculo da prevalência, foi utilizada a fórmula: número de casos existentes (numerador), sobre o número de pacientes internados no dia da

avaliação¹⁵. Quanto à incidência foi calculada considerando-se a seguinte fórmula: número de casos novos verificados na população definida, durante o intervalo de tempo fixado (numerador), sobre o número de pacientes expostos ao risco de adquirir UP durante o período do estudo (denominador) multiplicado por 100¹⁵.

Resultados

Dentre os 400 pacientes em risco, que compuseram a amostra do estudo, predominaram pessoas do sexo feminino (52,75%), cor branca (36,99%) e, adultos entre 40 e 60 anos (33,99%); a média de idade encontrada foi de 49,4 anos. O diagnóstico médico predominante foi a disfunção neurológica (48,49%). Quanto à procedência, a maioria era procedente de dois hospitais de emergência do município de São Luis (20,50% do Hospital A e 15,99% do Hospital B), seguindo-se a própria residência (14,74%).

Em relação aos escores de Braden, 26,50% apresentavam risco muito alto (escore = 9); 53,50% alto risco (escores 10 a 12); 16,5% risco moderado (13 a 14) e 3,5% baixo risco (15 a 18).

No que tange à prevalência, encontraram-se taxas muito similares, de 43,9% no início do estudo (2009) e 42,7% ao final do estudo (2010). Em novembro de 2009, as taxas parciais foram de: 81,8% na Clínica Médica, seguindo-se 69,2% na Clínica de Neurocirurgia e Ortopedia; 37,5% na Clínica Cirúrgica e 30,0% na UTI Geral. Já em abril de 2010, obtiveram-se: 62,5% na Clínica Médica 45,0% na Clínica de Neurocirurgia e Ortopedia; 33,3% na Clínica Cirúrgica e 34,0% na UTI.

Em relação à sua classificação, verificou-se que todas as categorias estavam presentes, sendo a categoria II a de maior frequência (49,0%), seguidas categorias III (29,8%), IV (13,9%) e I (7,3%). Quanto à região anatômica, o local de maior ocorrência de UP foi a região sacra (41,7%), seguida da região trocântérica e glúteas, ambas com 15,2%.

Dos pacientes que desenvolveram UP em outras instituições e/ou domicílio, observou-se uma variação de 1 a 8 lesões por paciente, perfazendo a

média de 1,76 úlcera por paciente. A maioria das úlceras ocorreu entre os pacientes procedentes do Hospital B (31,8%), seguindo-se a residência (18,5%) e o Hospital A (17,2%).

Os resultados deste estudo mostram incidência geral de 21,5% para o Hospital como um todo, com taxas parciais de 24,85% para a UTI Geral; 20,98% para a Clínica de Neurocirurgia e Ortopedia; 20,0% para a Clínica Médica e 11,7% para a Clínica Cirúrgica.

Dos 400 pacientes que participaram do estudo de incidência, 86 desenvolveram 121 UPs durante a internação, sendo que a maioria apresentou lesão única (67,44%). A média de UP por paciente foi de 1,4. A região anatômica mais incidente foi o sacro (38,6%). Em relação à classificação das UPs, prevaleceu a categoria II (48,2%), seguida, respectivamente, das categorias I (46,5%), III (4,4%) e IV (0,9%). O tempo médio de internação dos pacientes que apresentaram UP foi de 48,4 dias.

Ao final do estudo de incidência, 360 pacientes receberam alta hospitalar, dentre os quais, 66,75% com a pele íntegra; 7,59% com UPs cicatrizadas e 25,66% com lesões ativas. Dos 14 pacientes que faleceram, 71,4% apresentaram UP. E, dos 26 pacientes que permaneceram internados, 62,5% seguiam com as UP.

Discussão

No estudo de incidência, dentre os 400 pacientes de risco acompanhados durante seis meses consecutivos, 86 desenvolveram 121 UPs, representando incidência global de 21,5%. A incidência variou conforme a unidade, apresentando maiores taxas na UTI, seguindo-se a clínica neurocirúrgica e ortopédica, a clínica médica e a clínica cirúrgica, em ordem decrescente.

Esses valores podem ser considerados elevados quando comparados a estudos internacionais. Sugere-se que nos países desenvolvidos haja mais recursos e tecnologias avançadas para prevenção de UP. Estudos internacionais apresentam taxas de incidência que variam de 0 a 14% em pacientes hospitalizados^{16,17}. No entanto, em estudos realizados com populações

específicas, essas taxas de incidência podem aumentar. No Reino Unido¹⁸, em uma análise retrospectiva de 144 casos de Lesão Traumática da Medula Espinhal (LTME), os autores identificaram que 24% dos pacientes apresentaram UP durante internação em uma unidade especial. Estudo¹⁹ realizado em uma UTI cirúrgica do Hospital Universitário de Leuven, localizado na Bélgica, mostrou incidência de 20,1% de UP, sugerindo que as mesmas representam um grave problema, mesmo em países mais desenvolvidos.

No cenário nacional, as taxas obtidas no presente estudo apresentam-se inferiores, comparativamente a outros estudos nacionais. No estudo realizado em um hospital universitário, encontrou-se incidência de 41,37%²⁰. Em outro estudo, também realizado em um hospital universitário, que acompanhou 211 pacientes de risco durante um período de três meses consecutivos, verificou-se que 84 pacientes desenvolveram 134 UPs, representando incidência global de 39,8%¹⁰. Ressalta-se que, nesse último estudo citado, as UPs de categoria I foram excluídas devido à subnotificação das mesmas, o que acarretou importante redução nas taxas geral e parciais de incidência. Ainda no último estudo citado¹⁰, a incidência variou conforme a unidade, sendo: 42,6% na Clínica Médica; 41,0% na UTI e 39,5% na Clínica Cirúrgica. No presente estudo, a incidência também variou segundo as clínicas, porém com valores inferiores ao estudo mencionado. Há que se destacar que a incidência de UP na Clínica Cirúrgica, no presente estudo, poderia ser maior se a taxa encontrada na Clínica Neurocirúrgica e Ortopédica fosse calculada conjuntamente.

A incidência da UP nos hospitais é diretamente proporcional ao nível de conhecimento e compromisso dos cuidadores e administradores com a prevenção, já que os pacientes em risco estão, na maior parte dos casos, em situação passiva, dependentes de cuidados. Nas instituições que investem na prevenção, a incidência de UP é menor já que a maior parte delas ocorre por cuidado inadequado, seja por falta de conhecimento, recursos humanos ou materiais^{10,21}.

Um estudo prospectivo, desenvolvido em um hospital escola da cidade de São Paulo²², objetivou verificar o desfecho incidência de UP após

Artigo Original

a implementação de um protocolo de prevenção específico na UTI. A incidência encontrada (23,1%) mostrou-se inferior àquela apontada em estudo similar, desenvolvido na mesma instituição (41,02%), antes da implementação dos protocolos de avaliação de risco e de prevenção de UP. Os resultados confirmaram que as medidas de prevenção são ferramentas fundamentais e de impacto no controle da incidência de UP, quando utilizadas sistematicamente.

Enfocando-se especificamente as características das UPs encontradas, quanto à localização e à classificação, vários estudos as corroboram. Inúmeros autores^{5,7,10,11,23} apontam regiões sacra, glútea, trocantérica e calcânea como as mais vulneráveis para o desenvolvimento das UP. Uma pesquisa realizada nas clínicas Cirúrgica e Neurológica e na UTI, de um Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua (PA)²⁴, apresenta as regiões sacra, glútea e calcânea como as mais frequentes localizações das UPs encontradas. Essas áreas correspondem aos pontos de pressão no paciente em posição dorsal. Autores^{1,9} apontam que mais de 95% das UPs desenvolvem-se em proeminências ósseas na metade inferior do corpo, em decorrência de concentrarem maior peso corporal.

Como as UPs na região sacra foram as que predominaram e reconhecendo-se que existe relação direta entre a localização mais frequente de UP e a posição em que o paciente permanece por um maior período de tempo²³, pode-se inferir que os pacientes mantiveram-se em decúbito dorsal no leito por um tempo mais prolongado, favorecendo o desenvolvimento da lesão.

O predomínio de UP na categoria II (64%) coincide com outros estudos^{11,24,25}. Rogenski e Kurcgant²² ressaltam que não observaram presença de UPs nas categorias mais graves, III ou IV, após a implementação do protocolo de prevenção.

O tempo médio de internação dos pacientes que apresentaram UP foi de 48,4 dias. Sabe-se que a presença de UP pode aumentar o tempo de hospitalização dos pacientes. Em um estudo realizado em um hospital universitário²⁶, observou-se que os pacientes com UP tinham maior tempo

de internação quando comparados com aqueles sem úlcera.

Ao final da coleta de dados do estudo de incidência, observaram-se pacientes recebendo alta com a UP ainda não cicatrizada, nas categorias mais graves III e IV, portanto, que demandam maior tempo para sua cicatrização. Chama a atenção que, dentre aqueles pacientes que permaneceram internados, 62,5% apresentavam UP, metade dos quais, estava internado somente pela presença da UP.

Seria importante e necessário investigar como esses pacientes que receberam alta com a UP ainda não cicatrizada cuidaram dessas feridas e para quais unidades de saúde foram referenciados. Além disso, a UP precisa ser reconhecida como um problema de saúde pública que pode trazer sérios prejuízos ao paciente, até mesmo irreversíveis, como o óbito. Destaca-se que, dos 14 pacientes que evoluíram para óbito, 71,4% apresentaram UP de categoria IV, indicando a gravidade das condições em que se encontravam.

Para as taxas de prevalência, calculadas no início e quase ao final do estudo, verificou-se que eram bastante similares. A prevalência de UP, quando avaliada em diferentes instituições e com diversos tipos de clientela, varia de 1,4% a 30%^{27,28}. Segundo os autores, essa variação pode ser atribuída à inclusão ou exclusão das UPs sem categoria I e a problemas conceituais e metodológicos.

Em estudo também realizado em um hospital universitário¹¹, os autores encontraram prevalência de 18,62%, índice bem menor quando comparado com o coeficiente encontrado no presente estudo. Similarmente, outro estudo²⁹, desenvolvido nas unidades de Clínica Cirúrgica, Médica, UTI de Adultos e Unidade de Cuidados Semi-Intensivos do HU-USP, permitiu constatar prevalência global de 19,5%. Já, com clientela distinta, ou seja, em assistência domiciliar, os autores³⁰ também detectaram prevalência semelhante (19,1%).

A prevalência atinge coeficientes mais elevados quando realizados com populações específicas que apresentam risco potencial para o desenvolvimento de UP, como os pacientes com lesão medular e os pacientes crônicos. Pacientes

tetraplégicos (60%)⁵ atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes (37%)^{7,8}.

Poucos estudos de prevalência relatam a procedência dos pacientes hospitalizados nos quais se detectam as UPs, o que é necessário para que providências possam ser tomadas no sentido da capacitação dos profissionais de saúde desses locais.

Em relação às UPs desenvolvidas em outras instituições e/ou domicílio, destaca-se o número de UPs com origem no domicílio. Em se tratando de estudos com pacientes com lesão medular, essa alta incidência de UP na residência pode ser explicada pelo fato de que, na maioria das vezes, após a internação, devida ao Trauma Raquimedular (TRM), há um período de tempo variável para que esses se vinculem a um programa de reabilitação. Isso acontece em virtude do número limitado de centros especializados, bem como devido a problemas de ordem social e econômica que levam esses pacientes a permanecerem em casa por um longo período até que consigam vaga em algum centro de reabilitação. O período de tempo entre a hospitalização e o programa de reabilitação, com todas as dificuldades advindas do TRM, é bastante propício para a formação de UP, já que a pessoa retorna ao seu lar em condições diferentes e sem recursos materiais e humanos adequados ao processo de reabilitação^{5,31}.

Consideram-se limitações do estudo a não mensuração das UPs no momento da alta, além da não inclusão da UTI cardíaca, já que nesse setor também há pacientes em risco para o desenvolvimento de UP, embora com tempo médio de permanência bastante reduzido (em torno de 72h).

O conhecimento da incidência e prevalência de UP no Hospital Universitário em São Luís, no Maranhão, foi o primeiro passo para determinar a dimensão do problema e estimular a equipe de enfermagem para que medidas sejam tomadas com a finalidade de diminuir essas taxas. Recomenda-se a adoção de medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, como a implantação da avaliação de risco pela utilização sistemática da Escala de Braden e investimento em capacitação da equipe de enfermagem. A literatura

internacional³² e nacional²² mostram que a introdução de protocolos de prevenção de UP e de programas educativos pode diminuir a incidência de UP.

Considerações Finais

A partir dos resultados obtidos, confirma-se que, apesar de toda tecnologia já disponível e do conhecimento que se tem sobre as UPs, suas incidência e prevalência continuam elevadas. A relevância deste estudo foi direcionada à necessidade de buscar conhecimentos científicos, desenvolver subsídios para investimentos no trabalho preventivo e reduzir as complicações advindas das UPs.

Embora a incidência encontrada seja inferior a alguns estudos nacionais, é mandatória a sua redução, visto que a UP é considerada um indicador de qualidade dos serviços de saúde.

Verificou-se que muitos pacientes são admitidos no hospital com UPs, desenvolvidas em outras instituições ou no próprio domicílio, muitas delas em categorias bastante avançadas (III e IV), o que é um aspecto negativo para o hospital, que arca com todo o custo hospitalar e aumento da carga do trabalho de enfermagem, resultantes do tratamento das UPs, bem como do sofrimento e aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes delas decorrentes.

Deve-se realizar a capacitação da equipe de enfermagem para incrementar e aperfeiçoar a identificação dos pacientes em risco de desenvolvimento de UP, por meio das escalas padronizadas, validadas em nosso meio; e favorecer a implantação de protocolos de prevenção.

Os achados do estudo indicam, portanto, esses caminhos para novas pesquisas e para a necessidade de intervenções educativas para todos profissionais de saúde e cuidadores, além de investimentos na prevenção dessas feridas crônicas, implementando práticas que minimizem a dor e o sofrimento humano e que conduzam o cuidado de maneira integral e humanitária.

Referências

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP); National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
2. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. In: Glover D. Science of Surfaces. London: Emap Healthcare; 2005. p.4-5.
3. Silva SC. Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
4. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Rev Acta Sci Health Sci. 2007;29(2):85-9.
5. New PW, Rawicki HB, Bailey MJ. Nontraumatic spinal cord injury rehabilitation: pressure ulcer patterns, prediction, and impact. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(1):87-93.
6. Faustino AM, Caliri MHL. Pressure ulcer in adult patients with femoral and hip fracture: a descriptive study. Online Braz J Nurs. 2010;9(1):36-44.
7. Matos LS, Duarte NLV, Minetto, RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2010;12(4):719-26.
8. Costa IG, Caliri MHL. Incidência de úlceras de pressão em centro de terapia intensiva de um hospital universitário e fatores de risco relacionados. Rev Paul Enferm. 2005;23(3/4):202-7.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP. From NPUAP Pressure Ulcer Stages Revised by the National Pressure Ulcer Advisory Panel. Ostomy Wound Manage. 2007; 53(3). Disponível em: <http://www.o-wm.com/article/6967>. Acesso em 27/06/2013.
10. Rogenski NMB, Santos VLGC. Estudo sobre a incidência das úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-Am. Enfermagem 2005;13(4):474-80.
11. Rogenski NMB, Santos VLGC. Estudo sobre a prevalência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Estima. 2006;4(2):16-22.
12. Anselmi ML, Peduzzi M, Junior IF. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):257-64.
13. Rabeh SAN. Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
14. Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia e saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
15. Leser W, Barbosa V, Baruzzi RG, Ribeiro M, Franco LJ. Elementos da epidemiologia geral. São Paulo: Atheneu; 2002.
16. Bryant RA, Bar BW, Beshara M, Broussard CI, Cooper DM, Doughy DB, Frantz RA. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri: Mosby; 2000.
17. Olson B, Langemo D, Burd C, Hanson D, Hunter S, Cathcart-Silberberg T. Pressure ulcer incidence in an acute care setting. J Wound Ostomy Continence Nurs. 1996;23(1):15-22.
18. Ash D. An exploration of the occurrence of pressure ulcers in a British injuries unit. J Clin Nurs. 2002;11(4):470-78.
19. Nijs N, Toppets A, Defloor T, Bernaerts K, Milisen K, Berghe GVD. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. J Clin Nurs. 2009;18(9):1258-66.
20. Barros SKSA, Anami EHT, Haddad MCL, Guarient MHD, Martins EAP, Kuwabara CCT. Protocolo para prevenção de úlcera de pressão [CD-ROM]. In: Anais do 4º Congresso Brasileiro de Estomatoterapia; 2001; São Paulo. São Paulo: SOBEST; 2001.
21. Caliri MHL. Spinal cord injury and pressure ulcers. Nurs Clin North Am. 2005;40(2):337-47.
22. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(2):16-22.
23. Fernandes NCS, Torres GVT. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. Ciênc Cuid Saúde 2008;7(3):304-10.
24. Soares DAS, Vendramin FS, Pereira LMD, Prouença PK, Marques MM. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. Rev Bras Cir Plást. 2011;26(4):578-81.
25. Rabeh SAN, Caliri MHL, Haas VJ. Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinhal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma. Acta Fisiatr. 2009;16(4):173-79.
26. Nogueira PC, Caliri MHL, Haas VJ. Profile of patients with spinal cord injuries and occurrence of pressure ulcer at a university hospital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(3):372-377.
27. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. Rev Assoc Méd Bras. 2004;50(2):182-7.
28. Souza DM, Santos VL. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(5):958-64.
29. Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. Acta Paul Enfermagem. 2012;25(1):24-28.
30. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):29-34.
31. Custódio NRO, Carneiro MR, Feres CC, Lima GHS, Jubé MRR, Watanabe LE. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação. Coluna/Columna. 2009; 8(3):265-68.
32. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjden PO. Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators. Int J Qual Health Care 2001;13(5):399-407.

Artigo recebido em: 13/08/2012

Aceito para publicação em: 03/12/2013

¹Enfermeira. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Membro do Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Saúde do Adulto (GEPSA). São Luís – MA, Brasil. marinabarro_16@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais/PUC-SP. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora do Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Saúde do Adulto (GEPSA). santanasousa@uol.com.br

³Enfermeiro. Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil. andrebraga_5@hotmail.com

⁴Enfermeiro. Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil. leandro.enf@hotmail.com

Tempos de Colostomizado e de Seguimento no Serviço e a Qualidade de Vida de Pessoas Colostomizadas, com e sem Uso de Métodos de Controle Intestinal*

Time since Colostomy, Follow-up Time at the Health Center and Quality of Life of Colostomy Patients Using or not Using Methods of Bowel Control

Tiempos de Colostomía y del Seguimiento en el Servicio de Salud y la Calidad de Vida de Colostomizados, con y sin Uso de los Métodos de Control Intestinal

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 25 - 31

Isabel Umbelina Ribeiro Cesaretti¹, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos²,
Sandra Soares Schiffan³, Lucila Amaral Carneiro Vianna⁴

Resumo

O tempo que decorre após a cirurgia para confecção da estomia é considerado um período necessário para que as mudanças e a adaptação ocorram na vida das pessoas colostomizadas em direção à reabilitação, mas não foram encontrados estudos sobre a sua influência na qualidade de vida (QV) dessas pessoas. O estudo objetivou verificar se os tempos de colostomizado (TC) e de acompanhamento no serviço (TAS) exercem influência sobre a QV de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de Métodos de Controle Intestinal (MCI). Estudo comparativo e transversal. Amostra de conveniência foi constituída de 50 pessoas usando os dois métodos e 50, nenhum dos métodos (respectivamente, Grupos com e sem MCI), atendidas em Serviço Especializado de Estomaterapia. Utilizou-se o WHOQoL-abreviado por meio de entrevista. Os TC foram 66,64 meses (DP=46,39) e 32,30 (DP=37,81) respectivamente para os grupos com e sem MCI ($p<0,001$) e os TAS foram 56,44 meses (DP=41,7) e 27,12 meses (DP=32,09), respectivamente para os Grupos com e sem MCI ($p<0,001$). Quanto maiores os TC, TAS e de uso do oclisor/obturador de colostomia, maior o escore médio de QV no Domínio Físico. Quanto maiores os TC e TAS, maiores foram os escores médios da QV no Domínio Psicológico e na QV geral. Isso reflete, indiretamente, o papel importante que a equipe de saúde desempenha na reabilitação das pessoas colostomizadas, que usam ou não MCI.

Descritores: Qualidade de vida. Colostomia. Reabilitação.

Abstract

Patients experience changes in lifestyle during the period of time following colostomy when they have to adapt to their new condition, which is considered necessary for their rehabilitation. However, no study on the impact of colostomy in the quality of life (QOL) of patients was found in the literature. The aim of this study was to evaluate whether time since colostomy and follow-up time at the Health Center had an impact on the QOL of colostomy patients using or not using methods of bowel control. This was a comparative cross-sectional study. The sample consisted of colostomy patients seen in a health center, who

Artigo Original

were divided into two groups of 50 individuals each: those using bowel control methods (BCM group) and those not using methods of bowel control [no control method (NCM) group]. The World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF) was administered to all patients as an interview. The mean time since colostomy was 66.64 months (SD = 46.39) for the BCM group and 32.30 months (SD = 37.81) for the NCM group, and the mean follow-up time was 56.44 months (SD = 41.7) for the BCM group and 27.12 months (SD = 32.09) for the NBC group, with significant differences between groups ($p < 0.001$). The longer the length of device use the higher was the mean QOL score in the physical domain. Also, the longer the time since colostomy and follow-up time the higher were the mean QOL scores in the physical and psychological domains and the overall QOL score. This indirectly reflects the importance of the health team in the rehabilitation of colostomy patients using or not using methods of bowel control.

Descriptors: Quality of life. Colostomy . Rehabilitation.

Resumen

El tiempo que transcurre después de la cirugía para la confección de la ostomía, es considerado un periodo necesario para que los cambios y la adaptación puedan ocurrir en la vida de las personas colostomizadas, para el suceso de la rehabilitación. Sin embargo, no se encontraron estudios sobre su influencia en la calidad de vida (CV) de esas personas. El estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de los tiempos de colostomizado (TC), y del seguimiento en los servicios especializados (TS) sobre la calidad de vida de las personas colostomizadas, con y sin uso de métodos de control intestinal (MCI). Estudio comparativo y transversal, con una muestra de conveniencia compuesta por 50 personas usando los dos MCI y 50 personas sin usar ninguno de los métodos (Grupos con y sin MCI), atendidas en un servicio especializado de estomaterapia. El WHOQoL-bref fue aplicado por medio de entrevista. Los TC fueron 66,64 meses (DS= 46,39) y 32,30 (DS=37,81) respectivamente para los grupos con y sin MCI ($p < 0,001$) y los TS fueron 56,44 meses (DS=41,7) y 27,12 meses (DS=32,09), respectivamente para los Grupos con y sin MCI ($p < 0,001$). Cuanto mayores los TC, TS y tiempo de uso del obturador de colostomía, mayor la puntuación mediana de CV en el Dominio Físico. Cuanto mayores los TC y TS, mayores fueron las puntuaciones medianas de CV en el Dominio Psicológico y en la CV General. Estos resultados muestran, indirectamente, el importante rol del equipo de salud para la rehabilitación de las personas colostomizadas, que usan o no los MCI.

Palabras clave: Calidad de Vida. Colostomía. Rehabilitación.

Introdução

A perda de controle da eliminação de fezes e gases causada pela estomia intestinal constitui impacto emocional importante e negativo para as pessoas estomizadas, considerando que a estomia altera o esquema corporal e, em consequência, a autoimagem e a autoestima. Tais alterações acarretam vários transtornos em sua vida, com os quais passam a conviver e que, sabidamente, prejudicam a sua qualidade de vida (QV) ¹⁻⁶.

A irrigação e o oclisor/obturador de colostomia constituem dois métodos importantes para o alcance do controle intestinal em pessoas colostomizadas, favorecendo a reabilitação e, conseqüentemente, a melhoria de sua QV ⁷⁻¹⁰. Além de terem boa aceitação por parte dessas pessoas, proporcionam muitas vantagens e podem ser usados de modo isolado ou associadamente. Embora os estudos apontem para a melhoria da QV

proporcionada pelo emprego de tais métodos de controle intestinal (MCI), existem outras duas variáveis importantes que certamente influenciam a vida das pessoas colostomizadas como os tempos de colostomizado e de seguimento no Serviço, principalmente quando se trata de assistência especializada em Estomaterapia.

Segundo alguns dos autores consultados, os primeiros seis meses de convivência com a estomia são os mais difíceis devido a adaptação e ajustamento à nova situação ¹¹; os maiores índices de mudança no estilo de vida acontecem de seis meses a um ano, após a cirurgia geradora de estomia ¹²; a fase de reconstrução da autoimagem se dá a partir dos seis meses após a cirurgia ¹³ e, geralmente, ao final do primeiro ano, a maioria das pessoas já aceitou a estomia ¹⁴. Em todo esse contexto, as modificações temporárias que ocorrem no estilo de vida dessas pessoas estão relacionadas

principalmente às alterações físicas e às suas implicações nas atividades de vida diária^{15,16}. Para outros, existe forte correlação entre o tempo decorrido após a cirurgia e a adaptação da pessoa à estomia^{16,17}; sendo o tempo de estomizado responsável por uma situação física mais estável¹⁸. Concomitantemente, outros estudos sobre a irrigação da colostomia fizeram referência ao tempo, justificando a sua necessidade para que a pessoa colostomizada se recupere física e emocionalmente e se adapte à nova situação^{19,20}.

Enfocando especificamente a QV, alguns autores relatam que a preocupação, a autopercepção e os problemas apresentados pelas pessoas colostomizadas foram mais intensos nos três primeiros meses de pós-operatório e associaram o uso de equipamentos coletores adequados como fator contribuinte para a melhoria da QV, considerados a segurança e o conforto que lhes proporcionavam²¹. A QV de pessoas colostomizadas por câncer colorretal mostrou-se pior no pós-operatório precoce e tendeu a mudar com o tempo^{22,23}. Outro estudo destaca que quanto maior o tempo decorrido entre a alta hospitalar e a primeira coleta de dados, maior foi o escore de QV da amostra pesquisada e que a atuação do enfermeiro especialista também se associou positivamente à QV de pessoas estomizadas quando houve maior interesse e melhor relacionamento entre ambos²⁴. Esse fato mostra a importância do trabalho em equipe e da atuação do enfermeiro na assistência a essas pessoas.

Em síntese, os autores¹¹⁻²⁴ confirmam a necessidade de existir um período de tempo em que as mudanças ocorram e a situação de vida das pessoas colostomizadas evolua positiva e adequadamente, mas não foram encontrados estudos que apresentassem resultados comprobatórios sobre a influência que o tempo acarreta sobre a QV dessas pessoas. Dessa forma, este estudo objetivou verificar se os tempos de colostomizado e de acompanhamento no Serviço Especializado exercem influência sobre a QV de pessoas colostomizadas que utilizam e não utilizam os métodos de controle intestinal (MCI), ou seja, a irrigação e o oclisor/obturador de colostomia.

Métodos

Trata-se de um estudo comparativo e transversal, com análise secundária dos dados obtidos no estudo original de Cesaretti²⁵, que objetivou avaliar e comparar a QV de pessoas colostomizadas que utilizam e não os MCI. O estudo primário²⁵ foi realizado no Setor de Estomizados do Ambulatório Regional de Especialidades do Hospital Heliópolis, após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e da referida Instituição.

A amostra foi de conveniência, constituída de 100 pessoas colostomizadas, divididas em dois grupos: grupo com métodos de controle intestinal (com MCI) constituído de 50 pessoas colostomizadas, dos sexos masculino e feminino, que praticavam a irrigação e usavam o oclisor de colostomia e grupo sem uso de métodos de controle intestinal (sem MCI), composto de igual número de pessoas colostomizadas (50), de ambos os sexos, que não praticavam a irrigação nem usavam o oclisor de colostomia. As pessoas foram abordadas durante as consultas de enfermagem em Estomaterapia e, após serem orientadas e aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o alcance do objetivo do presente estudo, estabeleceram-se as seguintes definições operacionais:

a) *Tempo de colostomizado (TC)* – é o espaço decorrido entre a realização da cirurgia e o momento da entrevista.

b) *Tempo de acompanhamento no Serviço (TAS)* – é o espaço decorrido entre a primeira consulta agendada no Setor de Estomizados e o momento da entrevista realizada para o estudo.

c) *Tempo de Uso de Irrigação da Colostomia (TIC)* – o espaço decorrido entre o início do treinamento para uso do método e o momento da entrevista.

d) *Tempo de Uso do Oclisor de Colostomia (TOC)* – o espaço decorrido entre o início do treinamento para uso do método e o momento da entrevista.

e) *Tempo de Permanência do Oclisor de Colostomia*

Artigo Original

(TPOC)- o período de tempo, em horas, decorrido entre a colocação e a remoção desse sistema da colostomia.

A coleta de dados foi realizada por duas das autoras, a pesquisadora principal e a enfermeira estomaterapeuta da Instituição, por meio de entrevista, em local reservado, a fim de garantir a privacidade das pessoas colostomizadas.

Além de dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, escolaridade, religião/crença, situação conjugal ou com quem mora e situação de trabalho) e clínicos (doença de base ou condição geradora da colostomia, presença de doença associada, tratamento adjuvante, tempo de colostomizado, tempo de acompanhamento no Serviço, tempo de uso de irrigação da colostomia, tempo de uso do ocluser/obturador de colostomia e tempo de permanência do ocluser/obturador de colostomia), a QV foi obtida por meio da aplicação do WHOQoL-abreviado. Esse instrumento foi selecionado, tendo-se em vista seu aspecto transcultural e sua disponibilidade em versão validada para o Brasil, com propriedades psicométricas testadas e confirmadas em nosso meio ²⁶, apesar de seu caráter genérico ²⁷. É composto de quatro domínios: Físico (DF), Psicológico (DP), Relações Sociais (DRS) e Meio Ambiente (DMA). Cada um dos domínios é composto por facetas, perfazendo um total de 24, acrescidas de mais duas para Qualidade de vida (QV) e Saúde Geral (SG), que não são incluídas nos sub escores dos Domínios. Cada faceta é avaliada por apenas um item ou questão, somando-se, portanto, 26 questões ²⁶⁻²⁹. São usados quatro tipos de escalas de intervalo para as respostas (tipo Likert, com pontuação de 1 a 5), que foram projetadas e testadas para refletir intensidade, capacidade, frequência e avaliação ^{26,27}. Para o estudo primário, a confiabilidade do WHOQoL-abreviado (itens e domínios) foi atestada ³⁰ por meio da análise de sua consistência interna, obtendo-se Coeficientes Alfa de Cronbach que variaram de 0,70 a 0,93 para os domínios e para a Qualidade de Vida Geral. Além da confiabilidade, validades de critério e discriminante também foram atestadas ^{10,25}.

Os dados foram analisados por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov (aderência à

distribuição normal); paramétricos *t-Student* e *ANOVA* (para comparação de grupos com distribuição normal); não paramétricos *Mann-Whitney* e *Kruskall-Wallis* (para comparação de grupos sem distribuição normal); *de múltiplas comparações de Bonferroni* (para identificar entre quais grupos estava a diferença estatisticamente significativa, quando da comparação entre mais de dois grupos); *Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher* (para avaliar a associação entre variáveis categóricas); e *Coeficientes de Correlação de Pearson e de Spearman* (avaliar a magnitude da correlação entre duas variáveis quantitativas), utilizados para as variáveis que não tiveram aderência à distribuição normal. A magnitude de correlação, quando estatisticamente significante, foi classificada em: fraca < 0,30; moderada = 0,30 a 0,60; forte = 0,60 a 0,99; perfeita = 1,00 ³¹.

Os resultados foram considerados estatisticamente significantes ao nível de 5%. Os dados foram analisados utilizando-se o programa de *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), conforme orientação da Organização Mundial de Saúde ²⁷.

Resultados

Comparadas as variáveis sociodemográficas, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as pessoas colostomizadas dos Grupos com e sem MCI. No que tange às variáveis clínicas, somente aquelas referentes aos tempos mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos (Tabela 1).

A Tabela 1 mostra que os tempos médios de colostomizado e de acompanhamento no Serviço Especializado foram significativamente superiores para o Grupo com MCI (p-valor <0,001).

Os dados da Tabela 2 mostram que quanto maiores os TC, TAS e TOC, maior o escore médio de QV no Domínio Físico (correlações positivas e fracas). Quanto maiores os TC e TAS, maiores os escores médios de QV no Domínio Psicológico e na Qualidade de Vida Geral (correlações positivas e fracas).

Tabela 1: Média e desvio-padrão do fator tempo nas variáveis clínicas das pessoas colostomizadas, com e sem MCI. São Paulo; 2006.

Características clínicas	Geral	Com MCI	Sem MCI	Teste	(p-valor)
TC (meses) (média/DP)	49,47(45,50)	66,64(46,39)	32,30(37,81)	-5,25	<0,001** ^a
Mínimo-Máximo	6-222	19-222	6-156		
Mediana	32,50	57,00	14,50		
TAS (meses) (média/DP)	41,78(39,83)	56,44(41,7)	27,12(32,09)	-4,54	<0,001** ^a
Mínimo-Máximo	1-185	1-185	2-131	-	-
Mediana	27,5	50,5	12,0		
TIC (meses) (média/ DP)	43,72(35,45)	43,72(35,45)	-	-	-
Mínimo-Máximo	8-150	8-150	-	-	-
Mediana	31,00	31,00	-	-	-
TOC (meses) (média/DP)	28,86(26,85)	28,8(26,85)	-	-	-
Mínimo-Máximo	6-120	6-120	-	-	-
Mediana	20,00	20,00	-	-	-
TPOC (horas) (média/DP)	26,02(11,56)	26,02(11,56)	-	-	-
Mínimo-Máximo	6-48	6-48	-	-	-
Mediana	24,00	24,00	-	-	-

**Teste Mann-Whitney. ^ap valor significante ($p < 0,05$). T. = Tempo

Tabela 2: Coeficientes de correlação entre o fator tempo (em meses) nas variáveis clínicas com os domínios do WHOQoL-abreviado e a QV Geral. São Paulo; 2006.

Variáveis Domínios	TC ^a	TAS ^a	TOC ^b	TPOC ^b	TIC ^b
DF	0,24 (0,02)*	0,24 (0,01)*	0,28 (0,04)*	0,26(0,06)	0,27 (0,06)
DP	0,24 (0,02)*	0,25(0,01)*	0,18 (0,21)	0,24(0,09)	0,17(0,23)
DRS	0,08(0,44)	0,14(0,17)	0,08(0,59)	0,10(0,48)	0,3(0,85)
DMA	0,18 (0,07)	0,13(0,21)	0,27(0,06)	0,20(0,15)	0,13(0,37)
QV Geral	0,25(0,01)*	0,21(0,04)*	-0,52(0,72)	0,15(0,29)	0,07(0,65)

^a Para os dois Grupos. ^b Para o Grupo com MCI. * *p*-valor estatisticamente significante ($p < 0,05$)

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram que o TC e o TAS associaram-se a ganhos nos diferentes aspectos de vida das pessoas colostomizadas, com e sem o uso de MCI, principalmente nos domínios físico, psicológico e na QV geral, as quais passam a incorporá-los e a valorizá-los, ou seja, o processo de reconstrução

da autoimagem e a incorporação da estomia no seu esquema corporal. Isso torna menos difícil o processo de viver e conviver com a colostomia.

O dia a dia da pessoa colostomizada, caminhado através do *tempo de colostomizado*, é marcado pela aquisição de conhecimentos na *área cognitiva*, traduzidos pelo entendimento e pela compreensão da estomia como terapêutica eleita

Artigo Original

para a solução de seu problema de saúde, pelo aprendizado e desenvolvimento de habilidades necessárias ao manuseio da estomia e dos equipamentos coletores e adjuvantes e pela realização de ações de autocuidado da estomia e pele periestoma, incluindo o uso de MCI. Também é responsável pela aquisição de conhecimentos na *área psicossocial*, traduzidos pelos relacionamentos e participação dessas pessoas no seu contexto social e nos grupos de autoajuda, no trabalho e lazer, ou seja, ao retorno à vida social. Destaca-se que grande parte do sucesso dessa participação social nada mais é do que o reflexo da segurança em relação ao autocuidado da estomia e da reorganização de seu estilo de vida ²⁵.

Consideradas as alterações causadas pela abertura de uma estomia, bem como as mudanças na imagem corporal e outros fatores limitantes, destaca-se que a pessoa com estomia precisa de um período de tempo individual para adaptar-se e organizar-se, a fim de enfrentar e superar a situação, porque cada pessoa tem suas crenças, valores próprios e atitudes diferentes de enfrentamento. Ressalta-se a importância da família para ajudá-la a inserir-se novamente no convívio social e a recuperar a sua capacidade produtiva ¹.

Em estudo ⁴ acerca da percepção sobre a saúde e qualidade de vida de 211 pessoas com estomias de diferentes tipos, principalmente colostomias, a maioria do sexo masculino e com idade superior a 60 anos, comparadas a um grupo com igual número de pessoas, não estomizadas e características demográficas semelhantes, constatou-se que as pessoas estomizadas apresentavam percepções significativamente piores comparativamente àquelas não estomizadas. No entanto, similarmente ao presente estudo, as percepções dos estomizados mostraram-se influenciadas favoravelmente conforme o maior período de tempo após a cirurgia.

Referente ao TAS, vale enfatizar que o caminho percorrido pelas pessoas colostomizadas é de importância fundamental para o êxito de sua chegada à reabilitação e melhor QV. Durante toda a sua trajetória, a presença constante do suporte assistencial oferecido por todos os integrantes da equipe de saúde, destacando-se a assistência especializada prestada pelo enfermeiro, o apoio da

família, a atuação dos grupos de autoajuda e das políticas de saúde, emite ecos constantes de apoio e estímulos que confluem para um ponto comum - o viver com qualidade ou a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas ²⁵.

O acompanhamento continuado pela enfermeira estomaterapeuta é um fator decisivo na assistência à pessoa com estomia, porque a ajudará na aceitação do conceito de ser/estar estomizada, na reconquista do sentido da vida, bem como na manutenção e/ou reorganização das atividades sociais, de trabalho e lazer como antes da cirurgia⁶. Ajudar a pessoa a viver e conviver com a estomia, de modo satisfatório, é um destaque no papel do estomaterapeuta ³².

Vale ressaltar que a QV de pessoas com estomia, em especial, daquelas com colostomia, tem sido objeto freqüente de preocupação para os integrantes da equipe de saúde. Portanto, deve ser vista como um bem maior a ser mantido e/ou recuperado, para que possam viver felizes e em harmonia no seu contexto de vida particular. Para tanto, a Medicina, a Enfermagem e outras ciências afins, por intermédio dos profissionais que compõem a equipe de saúde, não devem medir esforços para que a QV dessas pessoas seja o desfecho da assistência prestada ²⁵. Nesse particular, reforça-se que o uso de MCI constitui um recurso fundamental na concretização da melhoria da QV de pessoas colostomizadas, devendo ser divulgado e mais frequentemente prescrito pelos coloproctologistas, com capacitação dos pacientes pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Enfim, todo esse contexto coloca em evidência a atuação da equipe de saúde na reabilitação de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de MCI, e possibilita o processo de reencontro dessas pessoas consigo mesmas e com a experiência de vida próxima daquela que tinham anteriormente à cirurgia. Somente assim, a sua vida readquirirá o valor real e sentir-se-ão valorizadas diante de si mesmas e da própria vida ²⁵.

Estudos prospectivos, utilizando instrumentos específicos de avaliação, permitirão confirmar os resultados aqui obtidos e verificar outros fatores mediadores da melhora ou piora da QV de pessoas com estomias, em geral, intestinais e urinárias, transitórias e permanente.

Conclusões

O estudo acerca da influência dos tempos de colostomizado e de seguimento no Serviço permitiu chegar às seguintes conclusões:

- Quanto maior o TC ($r=0,24$; $p=0,02$), o TAS ($r=0,24$; $p=0,01$) e o TOC ($r=0,28$; $p=0,04$), maior o escore da QV no DF.
- Quanto maior o TC ($r=0,24$ e $p=0,02$; $r=0,25$; $p=0,01$) e o TAS ($r=0,25$ e $p=0,01$; $r=0,21$ e $p=0,04$), maiores os escores de QV respectivamente no DP e na QV Geral.

Referências

1. Barbutti RCS, Póvoas da Silva MC, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. Rev SBPH. 2008; 11(2):27-39.
2. Menezes MMPNC. Satisfação conjugal, autoestima e imagem corporal em indivíduos ostomizados [tese]. Porto: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 2008.
3. Cassero PAS, Aguiar E. Percepções emocionais influenciadas por uma ostomia. Rev Saud Pesq. 2009;2(2):23-27.
4. Santos CSVB. Saúde e qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação [tese]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 1999.
5. Cesaretti IUR, Santos VLGC, Vianna LAC. Influência do tempo de colostomizado e de acompanhamento no serviço sobre a qualidade de vida de pessoas colostomizadas [resumo]. In: 11º Congresso Brasileiro de Estomaterapia; 2011; Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: SOBEST; 2011.
6. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. Enferm Foco 2012;3(1):12-15.
7. Rey JG. Sistemas continentales de colostomías (I): sistema de irrigación. Rev Rol Enferm. 1994; 17(195):69-72.
8. Rey JG. Sistemas continentales de colostomías (II): el obturador. Rev Rol Enferm. 1994;17(194):71-74.
9. Santos VLGC, Cesaretti IUR, Ribeiro AM. Métodos de "controle" intestinal em ostomizados: auto-irrigação e sistema oclisor. In: Santos VLGC, Cesaretti IUR, org. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 245-262.
10. Cesaretti IUR, Santos VCG, Vianna LAC. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de métodos de controle intestinal. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):16-21.
11. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. Rev Bras Coloproct. 2005;25(2):146-149.
12. Castillo P, Coto MV, Gil L, et al. Irrigación de la colostomia. Rev Rol Enferm. 2000;146:59-61.
13. Cohen A, Zierstein R. Drawing your body image. World Council Enterostom Ther J. 1995;15(3):30-31.
14. Harisi R, Bodoky G, Borsodi M et al. Rectal cancer therapy: decision making on basis of quality of life? Zentralbl Chir. 2004;129:139-148.
15. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, Schlag PM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal resection for rectal cancer. Ann Surg. 2001;233(2):149-156.
16. Piwonka MA, Merino JM. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999;26(6):298-305.
17. Turnbull G, Colwell JC, Erwin-Toth P. Quality of life: pre, post and beyond ostomy surgery. Ostomy Wound Manage. 2004; 50(7A Suppl):1-12.
18. Trentini M, Pacheco MAB, Martins ML, et al. Vivendo com um ostoma: um estudo preliminar. Rev Gaúcha de Enferm. 1992;13(2):22-28.
19. Ito N, Tanaka M, Kazuma K. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32(3):179-183.
20. Woodhouse F. Colostomy irrigation: are you offering it enough? Br J Nurs. 2005;14(16 Sup):14-15.
21. Rogenski NMB, Baptista CMC, Rogenski KE. Auto-irrigação: avaliação de resultados. Rev Esc Enf USP 1999; 33(N. especial):50-54.
22. Rauch P, Miny J, Conroy T, et al. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. J Clin Oncol. 2004;22:354-360.
23. Camilleri-Brennan J, Steele RJC. Objective assessment of quality of life following panproctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis. Ann R Coll Surg Engl. 2001;83(5):321-324.
24. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. Ostomy Wound Manage. 2003;49(2):48-55.
25. Cesaretti IUR. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de métodos de controle intestinal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem; 2008.
26. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação abreviado de qualidade de vida WHOQoL-bref. Rev Saúde Públ. 2000;34(2):178-183.
27. Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQoL. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQoL): 1998. Coordenação de Marcelo Pio de Almeida Fleck. [Texto na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. [citado 2006 Nov 9]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>.
28. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Colet. 2000; 5(1):7-18.
29. Duarte PS, Ciconelli RM. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N, org. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina: Qualidade de vida. São Paulo: Manole; 2006. p. 11-18.
30. McDowell I, Newell C. Measuring health: guide to rating scales and questionnaires. 2nd Ed. New York: Oxford University Press; 1996.
31. Levin J, Fox JA. Estatística para ciências humanas. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2004.
32. Orsted HL. Health Related Quality of Life for the person with an ostomy. World Council Enterostom Ther J. 2007;27(1):34-37.

Artigo recebido em: 29/11/2012

Aceito para publicação em: 06/12/2013

*Artigo extraído de: Cesaretti IUR. *Qualidade de vida de pessoas colostomizadas, com e sem o uso de métodos de controle intestinal [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem; 2008.

¹Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

²Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Professor Associado 3 da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora do Comitê de Educação do WCET.

³Enfermeira estomaterapeuta. Enfermeira do Hospital Ipiranga de São Paulo.

⁴Professora titular da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

Cuidado Sistematizado em Úlceras Neuropáticas: Relato de Caso

Systematic Care of Neuropathic Ulcers: A Case Report

Cuidado sistematizado de las Úlceras Neuropáticas: Relato de Caso

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 32 - 36

Rayssa Nogueira Rodrigues¹, Maísa Mara Lopes Macêdo¹, Daniel Nogueira Cortez²,
Fernanda Moura Lanza², Tarcísio Laerte Gontijo³

Resumo

Em pessoas com Diabetes Mellitus (DM), as ulcerações nos pés e respectiva complexidade no tratamento constituem um grave problema em saúde, que impacta a necessidade de progressos tecnológicos e de intervenções multiprofissionais. O objetivo deste relato de caso foi descrever os resultados do tratamento de úlcera neuropática em coto após amputação em parte do pé direito em pessoa com DM. Trata-se de relato de caso clínico. Os resultados mostram a cicatrização das úlceras, por meio do emprego de coberturas avançadas e mudança nos hábitos do paciente, após as orientações multiprofissionais. O sucesso no tratamento foi possível devido ao conhecimento dos profissionais envolvidos, bem como a disponibilidade de coberturas adequadas para a condução do caso.

Descritores: Pé Diabético. Cuidados de Enfermagem. Planejamento de Assistência ao Paciente.

Abstract

For people with diabetes mellitus (DM), foot ulcers and the complexity of their treatment are a serious health problem that requires technological advancement and multidisciplinary interventions. The purpose of this clinical case report was to describe the results of the treatment of diabetic neuropathic ulcers on the stump resulting from the partial amputation of the right foot. The ulcers healed with the use of advanced dressings and changes in the patient's habits through multidisciplinary educational interventions. The success of treatment was achieved due to the knowledge of the professionals involved and availability of appropriate dressings for this type of wound.

Descriptors: Diabetic Foot. Nursing Care. Patient Care Planning.

Resumen

Las úlceras del pie y la complejidad de su tratamiento constituyen un grave problema de salud en las personas con diabetes mellitus (DM), lo que repercute en la necesidad de intervenciones tecnológicas y multidisciplinarias. El objetivo del estudio fue describir los resultados del tratamiento de las úlceras neuropáticas en el muñón, después de la amputación en parte del pie derecho (D) en personas diabéticas. Se trata de un relato de caso clínico. Los resultados muestran la cicatrización de la úlcera a través del empleo de apósitos avanzados y el cambio de hábitos del paciente, posterior a las orientaciones multiprofesionales. El éxito del tratamiento fue posible gracias a los conocimientos de los profesionales que intervinieron, así como, por la disponibilidad de un apósito adecuado para el desarrollo del caso.

Palabras clave: Pie Diabético. Atención de Enfermería. Planificación de Atención al Paciente.

Introdução

As alterações e ulcerações nos pés de pessoas com Diabetes Mellitus (DM), caracterizando o chamado *pé diabético*, é uma das complicações crônicas mais frequentes daquela doença. O *pé diabético* caracteriza-se pela presença de lesões nos pés em decorrência de alterações vasculares periféricas e/ou neurológicas peculiares do DM, constituindo-se pela tríade: neuropatia, doença vascular periférica e infecção¹.

A literatura aponta que o risco da pessoa com DM desenvolver úlcera nos pés chega a atingir 25% e supõe-se que, em cada 30 segundos, ocorre uma amputação do membro inferior nessas pessoas². Esse problema de saúde onera economicamente os recursos públicos e os custos aumentam com a gravidade da doença. Em comparação com pacientes diabéticos sem úlceras nos pés, o custo dos cuidados para as pessoas com úlceras é 5,4 vezes maior³.

Cuidar das pessoas com feridas crônicas sempre fez parte da assistência da enfermagem, mas o que se observa é que sua assistência ainda não é sistematizada, os conhecimentos não são atualizados e as condutas, em sua maioria, são pautadas na avaliação individual do tipo *acerto e erro*. Paradoxalmente a esse contexto, há ainda a disponibilização soberana de antissépticos e pomadas com antibióticos que confere, especialmente, uma assistência com objetivo de controlar a infecção^{4,5}.

Frente à proposta de implementar uma estratégia de intervenção de enfermagem para o cuidado específico da pessoa com DM⁶ e que apresenta o *pé diabético*⁷, este estudo objetivou descrever os resultados do tratamento de úlcera neuropática em coto de pessoa com DM, após amputação em parte do pé direito (D), assim como discutir as respostas do paciente em relação aos cuidados implementados.

Apesar do predomínio da rede básica no atendimento a essa clientela, ainda há poucas publicações nacionais cujos estudos foram realizados no contexto da rede de serviços municipais de saúde. Entender melhor esse agravo

de saúde reproduz um ponto de partida de ações adequadas da equipe multiprofissional da atenção básica para abordagem a esse público e para as políticas públicas de saúde.

Métodos

Trata-se de relato de caso de um participante do Projeto de Extensão e Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro Oeste (UFSJ/CCO), em Divinópolis/MG, que realiza o tratamento de pessoas com úlceras crônicas, utilizando coberturas de tecnologia avançada. O projeto é uma parceria entre a UFSJ/CCO e a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, com o propósito de implantação da sistematização do cuidado à pessoa com feridas no município e implementação de coberturas especiais em substituição às convencionais.

O acompanhamento da evolução do processo cicatricial do participante do estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Divinópolis-MG, no período de agosto de 2011 a abril de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ CEP (158.505/2012) e o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizou a coleta de fotografias da ferida. A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento das anotações em formulário próprio do projeto e registro fotográfico para documentar a evolução da ferida.

Caso clínico

H.R, sexo masculino, 62 anos, casado, aposentado, história de diabetes tipo II há 17 anos, apresentou glicemia controlada durante o processo de tratamento da úlcera. Foi admitido na UAPS no dia 16 de agosto de 2011, com amputação de todos os artelhos do pé direito, apresentando úlcera de área de 40 cm² no coto (Figura 1). A cirurgia de amputação foi realizada em hospital do município, no mês de novembro de 2010. Desde a amputação, a ferida estava estagnada, sem evolução do processo cicatricial, bastante exsudativa e com odor intenso.

Em consequência da perda da sensibilidade protetora, devido à neuropatia associada ao

Relato de Caso



Figura 1 – Lesão neuropática em pé direito, no 1º dia de tratamento.

diabetes⁷, o paciente também apresentava úlcera por pressão (UP) no calcâneo direito com área de 12cm² (Figura 2), que se desenvolveu durante os momentos de repouso no leito, ao apoiar-se sobre o calcâneo. Na admissão, o paciente relatou sua desmotivação pela estagnação da cicatrização desde a cirurgia e receio de novas amputações.



Figura 2 – Úlcera por pressão (UP) em pé direito.

A ferida do coto estava com tecido vermelho pálido, com tecido desvitalizado em bordas, do tipo queratose, e o calcâneo coberto por necrose enegrecida (100%). Ambas as feridas apresentavam exsudato purulento, de odor e volume moderados resultando na introdução de antibioticoterapia, em interconsulta médica. À avaliação dos pulsos em MID, o paciente apresentava ausência de pulso pedioso e diminuição importante no MIE. Pulsos tibiais posteriores estavam discretamente diminuídos e os poplíteos normais, em ambos os membros.

Resultados

No primeiro dia de intervenção, realizou-se desbridamento mecânico da queratose e do tecido necrótico com bisturi (Figuras 3 e 4), além de limpeza abundante com solução fisiológica aquecida. Como cobertura primária, utilizou-se alginato de cálcio e gaze estéril e, como secundária, a atadura tanto no coto quanto na UP do calcâneo. O uso dessas coberturas ocorreu durante quatro dias consecutivos, sem trocas, e teve o objetivo principal de absorver a exsudação. A partir do quinto dia, utilizou-se hidrocolóide no calcâneo, por um período de quatro meses e seis dias, até a cicatrização completa. Contudo, na úlcera decorrente da amputação de todos os artelhos, usou-se hidrogel amorfo intercalando-se com hidrocolóide, também até a cicatrização completa.



Figura 3 – Desbridamento instrumental da lesão neuropática.



Figura 4 – Desbridamento instrumental da UP.

O hidrogel manteve a umidade e auxiliou no desbridamento autolítico⁸. O hidrocolóide estimula a granulação e a angiogênese, mantém a

umidade e temperatura em torno de 37°C facilitando o crescimento celular e a regeneração tissular e, por fim, promove o desbridamento autolítico e alívio da dor, por manter úmidas e aquecidas as terminações nervosas⁸.

Apesar de agressivo, o desbridamento mecânico permitiu resposta rápida com o uso das coberturas, além de auxiliar no controle bacteriano⁸. No início do tratamento, o paciente relatava a suspensão do uso de analgésicos e contentamento em não perceber o odor intenso que o incomodava anteriormente. Dez dias após o início do tratamento, a ferida do coto apresentava 24 cm² de área e a do calcâneo 6 cm², ambas com tecido de granulação em 100% da área. Após 40 dias de tratamento, a úlcera do coto apresentava redução de 67% em sua área, correspondendo a 8 cm². Depois de 120 dias de tratamento, a úlcera no calcâneo cicatrizou (Figura 5). E, em 240 dias de tratamento, o coto da amputação também alcançou a cicatrização completa (Figura 6).



Figura 5 – Lesão neuropática cicatrizada, após 240 dias de tratamento.



Figura 6 – UP cicatrizada, após 120 dias de tratamento.

Discussão

Apesar de todo processo educativo sobre autocuidado, as limitações de ordem cultural, financeira e social interferem no processo cicatricial¹. No presente estudo, muitas vezes, o paciente apresentou odor de urina na atadura, sujidade intensa no curativo por deambular sem calçado, além de ser cuidador da própria esposa com diagnóstico de Alzheimer, sendo responsável por todos os afazeres domésticos. Essas interferências levaram à necessidade de introdução de novos antibióticos para controle da infecção nas feridas, durante as interconsultas médicas.

Diante desse contexto, a capacitação e orientação do próprio paciente foram fundamentais para sua participação ativa durante todo o processo de tratamento. As orientações envolviam a importância do repouso diário e os momentos de deambulação; a alimentação saudável; ingestão hídrica adequada; orientações quanto à higiene pessoal, domiciliar e acompanhamento médico para tratamento das infecções e comorbidades. Além dessas orientações gerais, por diversas vezes, inclusive em visita domiciliar, procedeu-se à educação em saúde voltada à prevenção da recidiva de lesões neuropáticas como avaliação diária dos pés utilizando espelho; hidratação dos membros; corte correto das unhas; cuidados com a temperatura da água; características do calçado adequado, entre outras^{7,9}.

Apesar de todas as dificuldades pessoais, o paciente não apresentou recidiva. O mesmo ainda continua a comparecer para reavaliações e reforço das orientações, uma vez que a fase de maturação, que consiste na última etapa do processo de cicatrização, pode continuar por vários meses e levar até anos⁷, principalmente nesse tipo de lesão.

Por fim, deve-se ressaltar que a assistência adequada requer não somente a presença de tecnologias atualizadas e procedimentos técnicos, mas sobretudo responsabilidade social junto aos cuidados de enfermagem no tratamento de pessoas com feridas. Faz-se necessário compreender que uma enfermidade crônica é influenciada pela presença de doenças de base descontroladas; sobrecarga de atividades, impedindo o repouso

Relato de Caso

necessário; baixa imunidade, predispondo à infecção; más condições de higiene pessoal e domiciliar e dificuldades de compreensão das orientações, por baixa escolaridade. A própria presença da ferida determina modificações no estilo de vida das pessoas que sofrem com esse tipo de condição crônica de saúde¹⁰.

Desse modo, conhecer a situação clínica de cada paciente e ação, indicação, intervalo de troca dos produtos de uso tópico no tratamento de feridas crônicas associada às orientações são fundamentais para o alcance da cicatrização em menor tempo e com menor custo.

Conclusão

Este relato de caso mostrou que o cuidado sistematizado às pessoas com úlceras crônicas, como aquelas que caracterizam o *pé diabético*, é necessário quando se busca a melhoria da qualidade da assistência possibilitando ao indivíduo a prevenção de recidiva e de novas amputações, em direção à melhor qualidade de vida possível.

A disponibilidade de produtos adequados e o trabalho especializado e multidisciplinar foram fatores preponderantes para o sucesso na cicatrização de ambas as lesões. Enfatiza-se que o enfermeiro tem papel fundamental nesse processo, desde a etapa de gestão da clínica até as etapas de cuidado direto da pessoa com úlceras, devendo alicerçar seu conhecimento em evidências científicas nacionais e internacionais.

Referências

1. Santos ICRV, Bezerra GC, Souza CL, Pereira LC. Pé diabético: apresentação clínica e relação com o atendimento na atenção básica. *Rev Rene*. 2011;12(2):393-400.
2. Duarte N, Gonçalves A. Pé diabético. *Rev Angiol Cir Vasc*. 2011;7(2):65-79.
3. Driver VR, Fabbi M, Lavery LA. The costs of diabetic foot: the economic case for the limb salvage team. *Am Podiatr Med Assoc*. 2010;100:335-41.
4. Melo EM, Fernandes VS. Avaliação do conhecimento do enfermeiro acerca das coberturas de última geração. *Rev Estima* 2011;9(4):12-20.
5. Chayamiti EMPC, Yano TK, Mabtum A, Carmo DHP et al. Dificuldades para o uso de inovações: assistência às pessoas com feridas crônicas nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto. *Rev Estima* 2007;5(3):22-28.
6. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2007;30(Supl 1):S42-7.
7. Grupo de trabalho internacional sobre o pé diabético. Consenso Internacional sobre o pé diabético. Brasília: Secretaria de Estado do Distrito Federal; 2001.
8. Borges EL, Saar SRC, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VLAN. Feridas: como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2010.
9. Crawford PE, Fields-Varnado M. Guideline for the management of wounds in patients with lower-extremity neuropathic disease an executive summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(1):34-45 .
10. Rybak Z, Franks PJ, Krasowski G, Kalembe J, Glinka M. Strategy for the treatment of chronic leg wounds: a new model in Poland. *Int Angiol*. 2012;31(6):550-6.

Artigo recebido em: 07/03/2013

Aceito para publicação em: 06/12/2013

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de São João Del Rei. Endereço: Rua Sergipe 737- Centro. Divinópolis-MG. E-mail: rayssa_nr@yahoo.com.br

²Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Assistente da Universidade Federal de São João del-Rei.

³Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Assistente da Universidade Federal de São João del-Rei.

Mucosite Oral em Pacientes Oncológicos e suas Implicações para a Assistência de Enfermagem*

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 37

Sarah Nilkece Mesquita Araújo¹, Maria Helena Barros Araújo Luz²

Introdução: A mucosite oral é uma seqüela citotóxica da terapêutica oncológica que atinge a mucosa do trato gastrointestinal, determinando sintomas como eritema, ulceração e dor, que afetam a qualidade de vida do paciente, portanto, de extrema importância para a assistência de enfermagem. **Objetivo:** Objetivou-se caracterizar clinicamente a ocorrência de mucosite oral e suas implicações para a assistência de enfermagem. **Métodos:** Realizou-se estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa no período de agosto de 2011 a janeiro de 2012, em dois serviços especializados em oncologia no estado do Piauí, um de natureza filantrópica e outro privada, localizados em Teresina. A amostra do tipo aleatória simples constituiu-se por 213 pacientes. **Resultados:** A faixa etária predominante foi de 19 a 59 anos, com média de 45,8 anos, majoritariamente do sexo feminino (65,3%), com até 11 anos de estudos (72,3%) e com renda básica de até um salário mínimo (37,1%). Quanto ao tratamento oncológico de escolha, a quimioterapia isolada apresentou a maior prevalência (69,2%) e os cânceres mais observados foram da região da cabeça e pescoço (19%). As formas graves de mucosite relacionaram-se à quimiorradiação e à

administração de quimioterápicos da classe dos alquilantes (46,7%), principalmente. Percentual de 8,0% dos participantes tiveram seus tratamentos oncológicos interrompidos por conta da mucosite oral. Somente 25,3% dos pacientes relevaram ter recebido orientações de enfermeiros durante o tratamento e não se observou diferença significativa desta assistência no serviço público e privado. O bochecho com suspensão de nistatina (46,9%) foi o tratamento mais prescrito para mucosite oral e os distúrbios gastrointestinais (73,0%) foram as principais manifestações relatadas. **Conclusão:** Concluiu-se que a mucosite oral é uma afecção de natureza multifatorial e conhecer esses fatores de risco é precípuo para a formulação de uma assistência de enfermagem que vislumbre a prevenção, a partir da instituição de um plano de cuidados orais. Sugere-se um estudo de natureza qualitativa que complemente esta análise invocando os aspectos subjetivos destes pacientes.

Descritores: Mucosite oral. Enfermagem. Oncologia.

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Piauí- UFPI.

¹Mestre em Enfermagem pela UFPI. Especialista em Docência do Ensino Superior. Enfermeira intensivista do Hospital São Marcos e membro do Grupo de Estudo de Curativos-GREC. Rua Pe. Aureo Oliveira, 1964 CEP:64015-470 Cristo Rei. Teresina-PI. sarabnilkece@hotmail.com.

²Orientadora. Doutora em Enfermagem e Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFPI. Campus Ministro Petrônio Portella, SG 12 CEP 64.049-550 Ininga. Teresina-PI. mbelenak@yahoo.com.br

Úlcera por Pressão em Crianças e Adolescentes Hospitalizados: Prevalência, Incidência e Perfil Epidemiológico*

Rev Estima - vol 11 (4) 2013 p. 38

Donata Maria de Souza Pellegrino¹, Leila Blanes², Lydia Masako Ferreira³

Introdução. A escassez nacional de dados epidemiológicos da úlcera por pressão (UP) em pediatria dificulta sua prevenção e controle.

Objetivo: Identificar a prevalência e a incidência da UP em crianças e adolescentes hospitalizados e o perfil epidemiológico. **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, exploratório, transversal e de coorte prospectiva para incidência, realizado nas unidades pediátricas de três hospitais públicos do município de São Paulo. Foram incluídos no estudo 543 pacientes internados com idade ≥ 30 dias e < 18 anos, todos submetidos à inspeção direta da pele, com levantamento de dados sócio-demográficos e clínicos. A prevalência de UP foi observada em dois momentos, agosto/2011 e novembro/2012. A incidência cumulativa foi observada durante 3 meses nos pacientes sem UP pré-existente, que apresentaram risco para UP (Escala de Braden Q). Foi utilizada estatística descritiva e inferencial para análise dos dados obtidos adotado um nível de significância de 5% para todos os testes estatísticos. **Resultados.** A média de idade dos pacientes com UP foi 5,23 anos (DP=5,0). A presença de UP foi associada ($p < 0,05$) à ausência de acompanhante, doença crônica,

incontinência anal, internação > 30 dias, uso de medicação vasomotora, anti-hipertensiva, ventilação mecânica e nutrição via parenteral/enteral. A UP foi mais prevalente na unidade de terapia intensiva pediátrica e mais incidente na semi-intensiva. A prevalência de UP média foi de 7,1% (5,3% e 8,9%) e a incidência cumulativa de 21,8%. Excluindo-se a categoria I, a prevalência média foi de 3,5% e a incidência cumulativa de 7,9%. As UPs estavam localizadas com maior frequência em calcâneos ($n=19$), orelhas ($n=17$), maléolos ($n=17$), vértebras ($n=17$), sacro ($n=13$) e região occipito/temporal ($n=9$), sendo 55% na categoria I. **Conclusão.** A prevalência média de UP em crianças e adolescentes é de 7,1% e a incidência cumulativa de 21,8%. Úlceras por pressão ocorrem em todas as unidades de internação, a maioria no estágio I, com predomínio em pacientes críticos e doentes crônicos.

Descritores: Úlcera por pressão. Lactente. Pré-escolar. Criança. Adolescente hospitalizado. Pediatria. Epidemiologia. Incidência. Prevalência. Fatores de risco.

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP, em 17/10/2013.

¹Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. E-mail: donatas@uol.com.br

²Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e Prof^a colaboradora da UNIFESP.

³Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP, Coordenadora Medicina III C.A.P.E.S. E-mail: marta.unifesp@gmail.com.

The logo for ICCS 2014, featuring a stylized blue and white graphic of a sail or a leaf-like shape to the left of the text "ICCS 2014" in a bold, blue, sans-serif font.

ICCS
2014

Rio de Janeiro

20th-24th October

A panoramic view of Rio de Janeiro, Brazil, showing the bay, mountains, and the Christ the Redeemer statue. The city is built on a hillside, and the bay is filled with boats. The sky is clear and blue.

www.ics.org



SOBEST

Melhoria da Qualidade de Vida

A SOBEST ESTÁ ALICERÇADA NOS PRECEITOS
ESTABELECIDOS E ACEITOS MUNDIALMENTE
PARA A ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA.