



**Ocorrência de Dermatite
Associada à Incontinência
em Pacientes Internados na
Unidade de Terapia Intensiva**

**Prevalência de Sintomas
do Trato Urinário Inferior:
Revisão Integrativa de
Estudos Epidemiológicos
de Base Populacional**

**O Desafio do Autocuidado
para Pacientes Oncológicos
Estomizados**

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)

SALTS

HEALTHCARE

REVOLUCIONANDO CONCEITOS

Novidades na Área da Estomaterapia

Exclusiva Resina de
ALOE VERA

Confidence®
Natural
WITH ALOE EXTRACTS



**ÚNICA PLACA FLEXIFIT®
COM CINCO RECORTES**

Molda-se perfeitamente a qualquer formato de corpo

**EXCLUSIVA RESINA COM EXTRATOS
DE ALOE E VERA**

Proporciona hidratação e cicatrização da pele

MÁXIMA ADERÊNCIA

Adere de forma segura, proporcionando melhor
qualidade de vida

RESINA ULTRA FINA E FLEXÍVEL

Oferece maior conforto e liberdade dos movimentos

HIDROCOLÓIDE HIPOALERGÊNICO

Qualidade reconhecida pela Fundação Britânica da Pele

Descrição

Única bolsa opaca
com janela para
visualização
do estoma



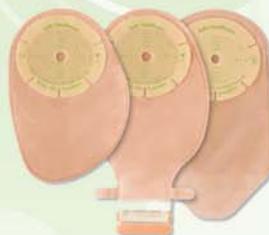
Segurança

Fechamento
seguro em velcro,
sem necessidade
de clamp



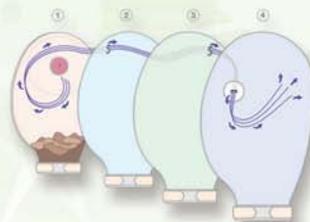
Conforto

Formato suave
e anatômico



Proteção

Filtro protegido por
uma camada de
filme adicional



DISTRIBUIDOR
EXCLUSIVO



LIFE SUL

Tecnologia Médica

www.lifesul.com | email: lifesul@lifesul.com
Telefones: +55 (51) 3475-1087 | (48) 3224-1470

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: 1.000 exemplares

Periodicidade: Trimestral

Produção Editorial: Associação Brasileira de Estomatoterapia

Diagramação: Fabio Henrique das Neves

Impressão: NorthGraph Gráfica e Editora

Capa: "Les Amour de Centauros" - 55cm x 75 cm - 2003. Técnica mista sobre papel. 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.4 out/nov/dez de 2013

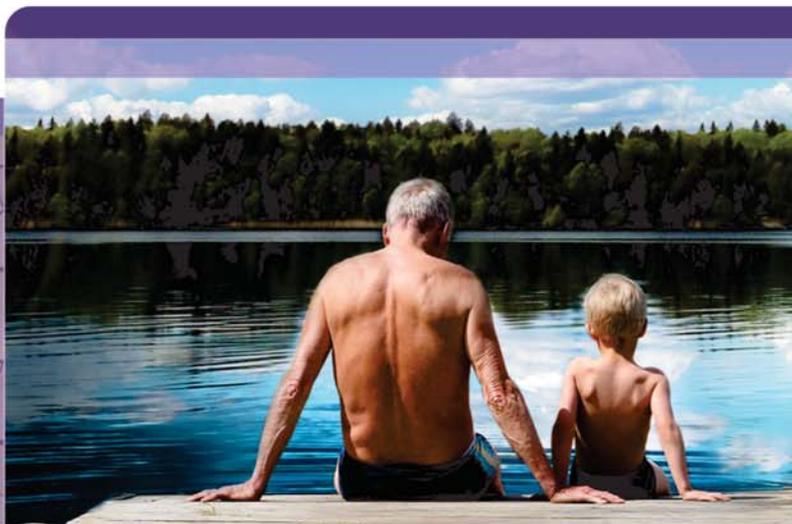
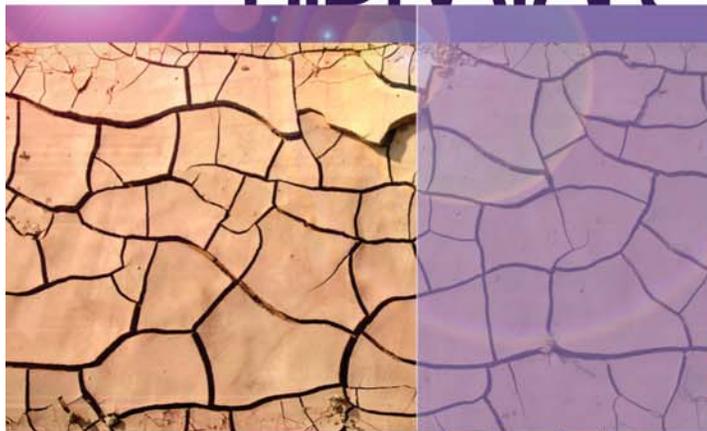
v.12 n.1 jan/fev/mar de 2014



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.

3M Soluções para Cuidados Crítico e Crônico

HIDRATAR



3M Cavilon™

Creme Barreira Durável



A hidratação é um cuidado básico para a manutenção da integridade da pele.

O 3M Cavilon™ Creme Barreira Durável é um poderoso creme que hidrata e protege o estrato córneo.

Sua fórmula concentrada contém agentes emolientes e umectantes que aumentam a efetividade da hidratação, além de um exclusivo polímero 3M que o torna mais resistente a banhos, fazendo com que permaneça por mais tempo na pele.

Sinta a diferença de usar um hidratante completo nos seus pacientes!

-  Hidratação por até 2 dias
-  Permite adesão de curativos
-  Não sai no banho e não transfere para roupas
-  Possui pH ácido, como a pele



CRC Centro de Relacionamento com o Consumidor

HelpLine: 0800-0556903

e-mail: helplinehospitalar@mmm.com

www.3m.com.br/assistenciaaopaciente

 /3mSolucoesParaEnfermagem

Sumário

Artigos Científicos

Artigo Original

Ocorrência de Dermatite Associada à Incontinência em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva.....	14
<i>Dermatitis Associated With the Occurrence of Incontinence in Patients in Intensive Care Unit.</i>	
<i>Dermatitis Asociado Con La Aparición de Incontinencia en Pacientes Incluidos en Unidad de Cuidados Intensivos.</i>	
<i>Carlos Eduardo Bombarda Baessa, Viviane Camboim Meireles, Marli Aparecida Joaquim Balan</i>	

Prevalência de Sintomas do Trato Urinário Inferior: Revisão Integrativa de Estudos Epidemiológicos de Base Populacional.....	23
<i>Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms: Integrative Review of Population-based Studies Epidemiological</i>	
<i>Prevalencia de Síntomas Del Tracto Urinario: Revisión Integradora de la Población Basada en Estudios Epidemiológicos</i>	
<i>Vanessa Amigo, Maria Helena Baena de Moraes Lopes</i>	

O Desafio do Autocuidado para Pacientes Oncológicos Estomizados.....	28
<i>The Challenge of Self-care for Ostomized Oncological Patients</i>	
<i>El Desafío del Autocuidado para Pacientes Oncológicos Ostomizados</i>	
<i>Daniela Ferreira da Silva, Fátima Helena do Espírito Santo</i>	

Resumo de Dissertação

Caracterização de Pessoas com Estomas Intestinais de Eliminação na Estratégia Saúde da Família: Contribuição para a Enfermagem.....	35
<i>Alyne Leal de Alencar Luz, Maria Helena Barros Araújo Luz</i>	

Guia para Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele em Recém-nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma Construção Coletiva da Equipe de Enfermagem.....	36
<i>Simone Vidal Santos, Roberta Costa</i>	

Conselho Editorial.....	3
Mensagem do Presidente.....	9
Editorial.....	10
Instruções aos Autores.....	12

Existem vários
hidrocolóides,
mas apenas um

DuoDERM®



Curativo
DuoDerm Signal®,
o mais novo avanço
de DuoDerm®,
líder mundial de
curativos hidrocolóides
cl clinicamente aprovados



DuoDERM Signal®



DuoDERM Extra-Fino®



DuoDERM® CGF®



DuoDERM® Gel
Hidroativo



Mensagem do Presidente



Queridos colegas,

A aceitação da proposta do SIMPÓSIO SUL SUDESTE DE ESTOMATERAPIA com um formato inovador e trazendo temas que nos desafiam a refletir sobre “ser enfermeiro no século XXI” levou a diretoria a tomar a decisão de transferi-lo para o 1º trimestre de 2015, num espaço maior e mais acolhedor.

Par atender à solicitação de associados, apoiada pela diretoria que reconhece que crescimento da nossa querida SOBEST exige o aumento do número de participantes na diretoria e que entre estes possamos contar com colegas de outros estados, convocamos uma AGE precedida por um ENCONTRO DE ESTOMATERAPIA com o tema “Refletindo sobre a Prática”. Assim, no dia 28 de maio, o friozinho do outono paulistano foi amenizado pelo calor do afeto e dos abraços de colegas e amigos vindos de diversos estados e, evidenciando o nosso amadurecimento como membros de uma associação que cresce sobre firmes alicerces, num clima de harmonia e participação ativa os presentes aprovaram:

1. A elegibilidade de membros residentes fora da cidade sede da SOBEST para os cargos de Vice-Presidente e Secretário Adjunto.
2. A criação dos departamentos de Educação, Desenvolvimento Profissional, Comunicação e Marketing, Relações Internacionais e Relações Seccionais.
3. Subordinação dos Departamento de Educação e de Desenvolvimento Profissional ao Conselho Científico.
4. Subordinação dos Departamentos de Comunicação e Marketing, de Relações Internacionais e de Relações Seccionais diretamente à diretoria.
5. Alteração do número de componentes do Conselho Científico, sob a direção do vice-presidente, que passa a ter sete membros, incluindo os diretores dos Departamentos de Educação e de Desenvolvimento Profissional.
6. Revisão do atual estatuto e redação de um Regimento Interno, por uma comissão nomeada pela diretoria a submetida à aprovação da AGO, agendada para o 22 de setembro de 2014, no III Simpósio Norte/Nordeste, em Maceió, Estado de Alagoas.

Os diretores dos departamentos terão as seguintes atribuições:

1. Departamento de Educação - DE

- a) Orientar e supervisionar os cursos de especialização em estomaterapia, de acordo com os critérios estabelecidos pela WCET/SOBEST.
- b) Implementar e manter as ações educativas nas três áreas de abrangência da especialidade.

2 . Departamento de Desenvolvimento Profissional– DDP

- a) Coordenar o Programa de Educação Permanente em Estomaterapia (PEPE).
- b) Organizar o concurso para obtenção do título de especialista em estomaterapia, em conjunto com o Conselho Científico.

3. Departamento de Comunicação e Marketing - DECOM

- a) Manter o site oficial da SOBEST atualizado.
- b) Publicar informações nas redes sociais.
- c) Contribuir para a elaboração dos Boletins Informativos da Associação.
- d) Representar a SOBEST, ou indicar um representante, junto às entidades de classe, organizações governamentais, não governamentais e outras associações e empresas/indústrias.

4. Departamento de Relações Seccionais – DRS

Auxiliar na organização das atividades das seções regionais e/ou estaduais

5. Departamento de Relações Internacionais – DERIN

O diretor do DERIN tem como função:

- a) Representar a SOBEST, ou indicar um representante junto às associações e organizações internacionais.
- b) Nomear o Delegado Internacional junto ao WCET.

“Que avanço de hoje seja maior do que o de ontem e que nossos passos de amanhã sejam mais largos do que os de hoje!” *(Daisaku Ikeda)*.

Um grande abraço,

Suely Rodrigues Thuler
Presidente



É com muita honra que finalizo mais um ciclo de atividades acadêmicas, neste momento, como editora da Revista Estima, posição que assumi em 2009, junto às pioneiras Dra Beatriz Farias Alves Yamada e Dra Leila Blanes. Foram cinco anos e meio de muita aprendizagem e, principalmente, de muito trabalho!

De fato, a Revista Estima é um patrimônio científico e cultural fundamental para a Enfermagem Brasileira e, particularmente, para a especialidade que a criou e sustenta, qual seja, a Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências.

Como primeira revista científica na área a congregar suas três subáreas, alcançou, em pouco tempo, classificação Capes Qualis B2, por meio de suas importantes indexações, destacando-se a CINAHL; além, evidentemente, da qualidade de seus artigos (originais, revisões e relatos de casos) bem como de seu renomado corpo editorial, composto de professores de importantes universidades brasileiras e estrangeiras, sua grande maioria com o título mínimo de doutor.

Atualmente editada com quatro números ao ano, em 2015 pretende-se implementar mudanças profundas desde seu título, versões eletrônicas em três idiomas, dentre outras.

Nesta segunda edição de 2014, a revista trará temas nas três áreas de sua abrangência, por meio da Dermatite Associada à Incontinência (DAI) em pacientes críticos e Úlceras por Pressão (UP) em idosos com imobilidade prolongada em atendimento domiciliar na área do cuidado em feridas; a problemática do autocuidado de pacientes oncológicos estomizados focalizando a necessidade do suporte especializado de enfermagem é o tema na área de estomias; e, finalmente, um panorama dos sintomas do trato urinário inferior, identificado e analisado por meio de uma revisão integrativa de literatura conclui a área do cuidado nas incontinências.

Ademais de constituir o fechamento do trimestre da segunda edição da Revista Estima, em 2014, junho constitui um importante mês para a nossa especialidade por mais duas razões:

- Em 26 de junho, celebra-se o Norma Gill's Day: instituído em 2012, trata-se de comemorar a pioneira da Estomaterapia mundial que não só a criou como contribuiu para seu desenvolvimento ao redor do planeta!
- De 23 a 29 de junho, a International Continence Society propõe a World Continence Week, tendo como tema em 2014: Bladder Diary Day (www.ics.org/diary).

Lembremo-nos ainda de dois outros eventos para os quais nossa presença é fundamental... como sempre:

- ICS 2014 – Congresso da International Continence Society (ICS) que acontecerá no Rio de Janeiro, de 20 a 24 de outubro de 2014. A Sobest tem apoiado o evento por meio da importante participação de seus membros não somente no Comitê de Enfermagem (Dra Beatriz Yamada, Profa Dra Maria Helena Baena de Moraes e Profa Dra Gisele Regina de Azevedo), que

oferecerá programas específicos para enfermeiros, como de outros membros convidados para a moderação de sessões científicas e palestras, além, certamente da apresentação de inúmeros trabalhos já selecionados por seu Comitê Científico (www.ics.org).

- III Simpósio Internacional Norte/ Nordeste de Estomaterapia, que acontecerá de 20 a 23 de setembro, em Maceió, promovido pela Sobest (www.sobest.org.br). Durante o evento, acontecerá o Concurso para Obtenção ou Renovação TiSOBEST.

Como sempre, espera-nos um segundo semestre bastante profícuo e renovador!

Finalizo agradecendo à Profa Dra Maria Angela Boccara de Paula a harmoniosa e produtiva parceria na editoria da Revista Estima, nos últimos quatro anos. Agradeço ainda à Diretoria da Sobest pela oportunidade de aprender e desenvolver-me sempre! Agradeço aos patrocinadores que têm tornado possível prosseguir com nosso patrimônio, já histórico, há mais de 10 anos. Agradeço, inicialmente ao Rufo e, após sua partida, à sua filha Mira que tem mantido o encanto e o significado de nossas capas! Agradeço à Northgraph, na pessoa do Fabio, pela paciência e parceria. Agradeço à Infinite e à Profa Dora Barrientos pelas revisões idiomáticas dos resumos. E, em especial, agradeço aos leitores e autores, sem os quais a revista não existiria!

Parabenizo e desejo às novas editoras, Dra Sônia Dantas e Profa Dra Gisele Regina de Azevedo, lideradas pela Profa Dra Maria Angela Boccara de Paula, sucesso crescente nesse novo desafio.

Abraços a todos,

Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos
Editora da Revista Estima (2009-2014)

Instruções aos Autores

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

Aspectos Éticos

■ Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão enviar 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.

Ocorrência de Dermatite Associada à Incontinência em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Dermatitis Associated With the Occurrence of Incontinence in Patients in Intensive Care Unit.

Dermatitis Asociado Con La Aparición de Incontinencia en Pacientes Incluidos en Unidad de Cuidados Intensivos.

Rev Estima - vol 12 (2) 2014 p. 14 - 22

Carlos Eduardo Bombarda Baessa¹, Viviane Camboim Meireles², Marli Aparecida Joaquim Balan³

Resumo

Este estudo teve como objetivo caracterizar a prevalência de ocorrência Dermatite Associada à Incontinência (DAI), em pacientes internados em uma UTI de um hospital privado localizado na região noroeste do Paraná. A metodologia utilizada foi um estudo prospectivo descritivo exploratório, de abordagem quantitativa realizado no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012. Durante o período de estudo foram avaliados 72 pacientes, sendo que 11 fizeram parte da população estudada. Dentre os resultados obteve-se que a prevalência de DAI foi de 15,27%. Doenças associadas como Insuficiência Respiratória Aguda tiveram relevância no acometimento destas lesões nos pacientes. Observou-se também que os pacientes com idade avançada e mulheres, são mais susceptíveis em desenvolver estes tipos de lesões de pele. Estudos e coletas de dados favorecem o entendimento e aprimoramento de cuidados eficazes para estes indivíduos.

Descritores: Dermatite. Incontinência Fecal. Enfermagem.

Abstract

This study aimed to characterize the prevalence of occurrence Incontinence Associated Dermatitis (AID) in patients admitted to an ICU of a private hospital in northwestern Paraná. The methodology used was a prospective descriptive and exploratory, quantitative study carried out from the November of 2011 January of 2012. During the study period were obtained from 72 patients, 11 were part of the sample. Among the results, it was found that the prevalence of DAI was 15.27%. Associated diseases such as Severe Acute Respiratory involvement had relevance in these lesions in patients. It was also observed that patients with advanced age and women are more likely to develop these types of skin lesions. Studies and data collection favor the understanding and improvement of effective care for these individuals.

Descriptors: Dermatitis. Fecal Incontinence. Nursing.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la prevalencia de la dermatitis episodio de incontinencia asociada (AID) en pacientes ingresados en una UCI de un hospital privado en el noroeste de Paraná. La metodología utilizada fue un estudio

prospectivo descriptivo y exploratorio, el estudio cuantitativo llevado a cabo desde el Noviembre 2011 enero 2012. Durante el período de estudio fueron obtenidos de 72 pacientes, 11 eran parte de la muestra. Entre los resultados, se encontró que la prevalencia de la DAI fue 15,27%. Las enfermedades asociadas como la participación Respiratorio Agudo Severo tenía relevancia en estas lesiones en los pacientes. También se observó que los pacientes con edad avanzada y las mujeres son más propensas a desarrollar este tipo de lesiones en la piel. Los estudios y recopilación de datos a favor de la comprensión y el mejoramiento de la atención efectiva de estas personas.

Palabras clave: *Dermatitis. Incontinencia Fecal. Enfermería.*

Introdução

A enfermagem em suas características existenciais como profissão, tem seu maior foco no cuidado ao ser humano enquanto indivíduo e coletivo. O profissional enfermeiro deve adquirir conhecimentos gerais e específicos para poder proporcionar este cuidado especializado ao ser humano. Deve conhecer o corpo humano e as moléstias que podem acometer o mesmo.

Dentre as estruturas do corpo humano, a pele é considerada o maior órgão. É formada por duas camadas: Epiderme e Derme. Possibilita a interação do nosso organismo com o meio externo. Tem funções como: proteção das estruturas internas, manutenção da homeostase e percepção ⁽¹⁾.

Qualquer lesão do tecido epitelial, mucosa ou órgãos com prejuízos de suas funções básicas recebem a denominação de feridas e estas podem ser classificadas quanto ao tempo de reparação tissular em agudas ou crônicas; quanto à profundidade da lesão; a extensão do dano tissular, a perda parcial ou total do tecido, quantidade de exsudato, aparência, dentre outros ⁽²⁾.

Indivíduos acometidos por lesões de pele devem receber assistência adequada, nos diversos níveis assistenciais, afim que seja reestabelecida a integridade da pele, melhorando seu estado de saúde. É importante ressaltar que, durante internações em unidades hospitalares, alguns tipos específicos de injúrias na pele podem ocorrer como a Dermatite Associada à Incontinência (DAI) e é fundamental que o enfermeiro conheça estes tipos de lesões e suas especificidades para planejar a assistência de forma adequada ⁽³⁾.

Em relação à dermatite desencadeada pela incontinência, foi primeiramente conhecida como dermatite de Jacquet, descrita em 1905 pelo dermatologista Leonare Marice Jacquet. Já no início do século XX, alguns pesquisadores acreditaram que

a amônia liberada na urina fosse o principal fator envolvido na etiologia dessa dermatite e a denominou de dermatite amoniaca, o que foi descoberto posteriormente ⁽³⁾.

Também foram delineadas outras expressões para essa condição: erupção cutânea por uso de fraldas; dermatite irritativa de fraldas; dermatite perineal. Em adultos: maceração por umidade, dermatite perineal, dermatite irritante, dermatite de contato, intertigo e erupção cutânea por calor ⁽⁴⁾.

Um consenso sobre o tema foi elaborado e publicado na cidade de Chicago no ano de 2007, no *Journal of Wound Ostomy & Continence Nurses (JWOCN)* da Sociedade Norte-Americana de Enfermeiros Estomaterapeutas; o qual considera a DAI como uma inflamação ou comprometimento da pele que ocorre em consequência do contato de urina ou fezes com a região perineal ou perigenital ⁽⁴⁾.

Em alguns estudos realizados nos EUA, a prevalência de DAI foi caracterizada como responsável por 7% das lesões de pele em pacientes incontinentes internados em casas de repouso; 50% destas lesões na mesma população, foram detectadas em pacientes que apresentavam incontinência fecal. Já 42% foram em pacientes adultos com incontinência, que estavam hospitalizados e 83% dos pacientes incontinentes que estavam internados em unidades de cuidados intensivos ^{(5) (6) (7) (8) (9)}.

Já em outro estudo realizado também nos EUA em 2006, em casas de repouso, verificou-se a incidência de 3,4% de DAI em pacientes incontinentes em ambientes que adotavam um protocolo de cuidados ⁽¹⁰⁾.

O maior fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de lesão é considerado

a incontinência urinária e/ou fecal. A incontinência urinária é caracterizada pela perda involuntária ou não controlada de urina da bexiga. Este distúrbio, entre outros fatores, acomete vários indivíduos de diversas faixas etárias, porém a maior frequência é em idosos devido a alterações e infecções do trato urinário, em mulheres com partos vaginais e em menopausa. Em qualquer faixa etária a incontinência tem como consequências a diminuição ou perda da auto-estima e o afastamento do convívio social. Outros indivíduos, que podem ser acometidos por este distúrbio, são aqueles com sequelas neurológicas, e traumáticas (paraplegias)⁽²⁾.

Na maioria dos casos em pacientes idosos, debilitados, dependentes, acamados e/ou com paralisias e paraplegias, que apresentem incontinência urinária e fecal também, são utilizadas fraldas plásticas para auxílio na absorção de urina e fezes⁽¹¹⁾.

O manuseio inadequado e tempo de exposição prolongado com urina e fezes provocam irritação na pele, formando lesões denominadas dermatites, que é considerado um processo inflamatório da pele que pode estar acompanhado por prurido e dor; pode apresentar sinais como inchaço, vermelhidão, bolhas, exsudação⁽²⁾.

A causa destas dermatites na maioria das vezes está relacionada a fatores exógenos e químicos. Danos à pele podem ocorrer dependendo do tipo de irritante: umidade, urina, fezes, bem como o tempo e a frequência da exposição (contato) da pele a esses agentes⁽²⁾.

A exposição à urina causa dermatites em homens, principalmente na região do escroto e em mulheres nas dobras dos grandes lábios e região perineal⁽²⁾.

O uso constante de sabonetes e outras substâncias utilizadas para a higiene produzem dano estrutural na barreira da pele e leva ao ressecamento. A fricção constante para a remoção de resíduos irritantes a pele como cremes gordurosos, pomadas e óleos também perturbam a barreira através da ação mecânica⁽²⁾.

No que diz respeito ao tratamento desta dermatite, tem-se como objetivos: minimizar o contato da pele com irritantes, manter a proteção da pele, promover condições para a realização do cuidado. Para a prevenção do desenvolvimento da dermatite, as medidas são: realizar higiene rotineira da pele com água e sabão, e utilização de protetores adequados de pele como creme e secantes⁽⁴⁾.

No Brasil, ainda não há clareza por parte dos enfermeiros em avaliar especificamente DAI. Verifica-se que muitos profissionais confundem esta afecção com úlcera por pressão, nos seus estágios iniciais. Estas confusões fizeram com que a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), em 2009, estabelecessem em suas diretrizes que a DAI deve ser bem diferenciada da UP e não classificada em estágios I e II⁽¹⁾. Observa-se que desde a década de 1990, nos EUA foram desenvolvidas algumas ferramentas ou instrumentos para facilitar a identificação, classificação, avaliação, gravidade e gerenciamento de DAI⁽¹⁾.

Dentre estes instrumentos, podemos considerar o desenvolvido por Junkin e Selekof em 2008, da Escala de Intervenção para Dermatite Associada à Incontinência (ADITI – Incontinence Associated Dermatitis, Intervention Toll.). Esta escala é composta de três construtos, sendo o inicial a orientação sobre o cuidado a ser oferecido à pessoa incontinente; o segundo, uma orientação quanto à identificação dos pacientes de risco e fotografias de eventos de DAI para a classificação em DAI recente, moderada, severa e rachadura com aparecimento de fungos. A DAI recente é caracterizada por pele exposta à urina e fezes, apresenta-se intacta e não empolada; mas é rosa ou vermelha com margens difusas e irregulares. A palpação pode revelar uma temperatura mais alta se comparada à pele não exposta. A DAI moderada consiste em pele brilhante ou vermelho irritado - em tons de pele mais escura ela pode aparecer branca ou amarela. Na DAI severa a pele afetada é vermelha com áreas de perda de pele, de espessura e exsudação – sangramento. Em pacientes de pele escura os tons de pele podem ser branco ou

amarelo. Na DAI com rachaduras e aparecimento de fungos, pode ocorrer em adição a qualquer nível de injúria de pele por DAI. Geralmente os pontos são notados perto das bordas das áreas vermelhas, áreas brancas ou amarelas em pacientes de pele escura, que podem aparecer como espinhas ou apenas manchas vermelhas planas branco ou amarelo. O terceiro propõe intervenções para as diferentes fases⁽¹⁾. No ano de 2010, no Brasil, foi realizada uma tradução livre elaborada pelas autoras Ribeiro e Borges, acerca desta escala, porém ainda não efetuou-se a validação da mesma para língua portuguesa⁽³⁾.

Percebemos que no Brasil, ainda não existem estudos mais aprofundados em relação à prevalência de DAI, visando implementação de sistemas de avaliação adequados em relação ao risco do seu desenvolvimento, que permitam o estabelecimento de medidas preventivas que reduzam consequentemente, não só os gastos com o tratamento dessa clientela, mas, principalmente o sofrimento físico.

Existem poucos registros acerca da prevalência e caracterização deste tipo de lesão. Devido à escassez de trabalhos publicados no país, tem-se a preocupação em caracterizar a prevalência destas lesões e contribuir para melhor desenvolvimento de pesquisas e levantamentos de dados que possam favorecer a prevenção e tratamento.

Surge a necessidade então, dos profissionais de enfermagem, prestadores de cuidados diretos ao indivíduo buscarem aperfeiçoamento, técnicas e recursos para atuação na prevenção e tratamento desta moléstia.

Essas considerações motivaram a realização deste estudo, que tem por objetivos: identificar a prevalência e caracterização de DAI, entre os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado do noroeste do Paraná. Caracterizar os pacientes que desenvolveram DAI, quanto a prevalência, sexo, idade, estado civil, raça, tabagismo, IMC (índice de massa corporal), doenças de base e doenças associadas.

Métodos

Estudo longitudinal, descritivo e exploratório. Os métodos de estatística descritiva têm o objetivo de resumir ou descrever as características importantes de um conjunto de dados.

O presente estudo foi realizado na UTI Geral de um hospital privado localizado no noroeste do Paraná.

É um hospital privado, que possui 92 leitos. A taxa de ocupação anual é de 69%. O campo de pesquisa foi na UTI Geral adulto, que possui 13 leitos, atendendo pacientes particulares e conveniados. A média de internação é de 08 pacientes/dia. As patologias predominantes estão relacionadas às clínicas cardiológicas e gastroenterologia.

A população foi composta por 72 pacientes internados na UTI Adulto do hospital referido.

Os dados foram coletados durante três meses consecutivos : novembro e dezembro de 2011, janeiro de 2012.

A coleta dos dados foi realizada por 3 enfermeiros, que foram submetidos a treinamento prévio que incluiu abordagem teórico-prática sobre a avaliação sistemática para escala de avaliação de Dermatite Associada a Incontinência (Anexo 1). Foram abordados temas referentes a sua definição, classificação, etiopatogênese. O treinamento foi encerrado após a concordância entre os pesquisadores dos escores atribuídos após os estudos de casos avaliados.

Para a coleta dos dados foi utilizado o instrumento composto de 3 partes (Anexo 2).

A primeira parte possui dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, estado civil, ocupação, procedência).

A segunda parte foi composta por dados clínicos (doença de base, doença associada, tempo de internação, tabagismo, índice de massa corporal - IMC).

Na terceira parte foi avaliada a prevalência de Dermatite Associada à Incontinência (DAI) e classificação de acordo com a escala de Junkin e

Artigo Original

Selekof, traduzida por Ribeiro e Borges em 2010 (Anexo 1).

A pesquisadora e os enfermeiros visitaram todos os pacientes da UTI do estudo, para avaliação do surgimento de novos casos de DAI, às segundas, quartas e sextas feiras, durante os três meses.

A coleta de dados foi realizada somente com os pacientes que concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 3). Primeiramente foi consultado o prontuário dos pacientes e posteriormente realizado exame físico registrando-se os dados no instrumento de coleta de dados.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram lançados em um banco de dados por um estatístico, para a realização das análises posteriores.

O cálculo para a prevalência de DAI foi feito por meio da fórmula:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{número de casos}}{\text{número de casos total}} \times 100$$

Efetuiu-se a contagem do número de pessoas com DAI que existiam no momento da coleta e incluiu-se os casos novos e antigos, ou seja, os pacientes que as desenvolveram após a admissão na UTI e os que foram admitidos com estas lesões.

Foram adotados todos procedimentos éticos para execução da pesquisa. Obteve-se autorização junto a Diretoria do hospital e junto ao COPEP – Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Todos os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Resultados

No período de novembro de 2011 a janeiro de 2012, foram avaliados 72 pacientes internados na UTI geral de um hospital privado do noroeste do Paraná, quanto a presença de DAI, sendo que 11 destes desenvolveram lesões totalizando uma prevalência de 15,27%.

Os dados sócio-demográficos foram compilados e estão descritos na Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de DAI, internados na UTI geral de um hospital privado no noroeste do Paraná, segundo as variáveis sócio-demográficas. Maringá-Pr, 2012.

Variáveis Sócio-demográficas	N	%
Sexo		
Feminino	6	55%
Masculino	5	45%
Idade		
<60 anos	1	9%
>61 anos	10	91%
Raça		
Branca	9	82%
Não Branca	2	18%
TOTAL	11	100%

Observa-se na Tabela 1, que há maior proporção de mulheres com DAI 6 (55%), em relação aos homens 5 (45%). Em relação a faixa etária, observa-se a prevalência de DAI em pacientes com idade acima de 61 anos (91%). Quanto à raça 82% dos entrevistados eram brancos.

Na Tabela 2, dados relacionados a doenças de base e doenças associadas apresentadas pelos portadores de DAI.

Com relação as doenças de base, é demonstrado na Tabela 2, que 5 (45%) dos avaliados possuíam patologias do aparelho circulatório, 4 (36%) do aparelho respiratório, um (9%) do aparelho respiratório e 1 (9%) do aparelho neurológico. Nas doenças associadas, observa-se a prevalência de insuficiência respiratória aguda (55%).

A Tabela 3 a seguir apresenta a caracterização de DAI quanto a localização, fatores de risco e tratamento.

Observa-se na Tabela 3, que a prevalência de DAI na região perigenital foi de 5 (29,40%), seguida de 4 (23,52%) na região perianal e a prevalência de DAI em relação ao uso de fraldas foi de (90,90%). Os ácidos graxos essenciais (63,60%) foi o produto mais utilizados no tratamento da DAI.

A figura 1 a seguir mostra a evolução e classificação das lesões por DAI, nos 11 pacientes avaliados no estudo.

O caso 1 foi o que apresentou, conforme a classificação das lesões pela escala de Junkin e Selekof, evolução pior das lesões. Na primeira avaliação foi detectado como lesão de DAI moderada; na segunda avaliação DAI severa; na terceira fúngica e quarta avaliação a lesão foi novamente DAI moderada.

Já a maior parte dos pacientes, casos 3, 4, 5, 6, apresentaram na primeira avaliação DAI recente, não tendo evolução para os riscos mais elevados, permanecendo as lesões estáveis.

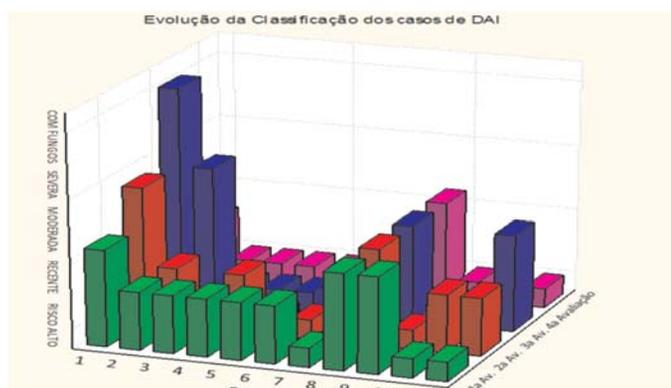


Figura 1- Evolução da classificação de DAI, nos pacientes avaliados, internados na UTI geral de um hospital privado no noroeste do Paraná. Maringá-Pr, 2012.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes portadores de DAI, internados na UTI geral de um hospital privado no noroeste do Paraná, segundo os dados clínicos. Maringá-Pr, 2012.

Doenças de Base	N	%
Aparelho Circulatório	5	45
Aparelho Digestivo	1	9
Aparelho Respiratório	4	36
Aparelho Neurológico	1	9
Doenças Associadas	N	%
HAS	1	9
IRPA	6	55
IRA	2	18
ICC	2	18
TOTAL	11	100

Artigo Original

A Figura 1 contudo, demonstra a evolução dos 11 casos de pacientes que apresentaram DAI durante o período de três meses avaliados. Foram realizadas quatro avaliações em cada paciente, afim de observar a evolução dessas lesões.

Discussão

Em um estudo realizado nos EUA, mostrou que a prevalência de DAI foi responsável por 7% das lesões de pele em pacientes que apresentavam incontinência e que nesta população 83% dos pacientes incontinentes estavam internados em unidades de cuidados intensivos ^(5,9).

No presente estudo, a prevalência de DAI foi de 15,27%, sendo considerada maior em comparação ao estudo realizado nos EUA.

Este gênero feminino possui maior susceptibilidade para o desenvolvimento de lesões como DAI, além de levar em consideração os fatores de risco associados, como por exemplo, número de partos vaginais, menopausa⁽²⁾.

Os idosos estão mais susceptíveis a sofrer alterações e infecções do trato urinário e distúrbios de incontinência urinária e fecal⁽²⁾.

Em um estudo realizado nos EUA, a prevalência de DAI foi caracterizada como responsável por 7% das lesões de pele em pacientes incontinentes internados em casas de repouso; 50% destas lesões na mesma população, foram detectadas em pacientes que apresentavam incontinência fecal. Já 42% foram em pacientes adultos com incontinência, que estavam hospitalizados e 83% dos pacientes incontinentes que estavam internados em unidades de cuidados intensivos ^{(5) (6) (7) (8) (9)}.

Este dado corrobora com dados encontrados em um estudo realizado nos EUA em 2006, em casas de repouso, verificou-se a incidência de 3,4% de DAI em pacientes incontinentes em ambientes que adotavam um protocolo de cuidados⁽¹⁰⁾.

Em pacientes de raça negra são mais difíceis para se identificar as lesões por DAI e os indivíduos

Tabela 3- Distribuição dos pacientes portadores de DAI, internados na UTI geral de um hospital privado no noroeste do Paraná, segundo localização, fatores de risco e tratamento. Maringá-Pr, 2012.

Localização da Dai	N	%
Perigenital	5	29,40
Perianal	4	23,52
Glúteo direito	4	23,52
Inguinal direita	2	11,80
Inguinal bilatera	1	5,88
Escrota	1	5,88
Fatores de Risco	N	%
Uso de fraldas	10	90,90
Incontinência fecal e uso de fralda	1	9,10
Tratamento	N	%
Ácido Graxo Essencial	7	63,60
Outras Pomadas	4	36,40
TOTAL	11	100

de pele branca são mais susceptíveis a desenvolver lesões de DAI por terem a pele mais frágil devido a sua espessura⁽³⁾.

As doenças encontradas nesta população estudada, são consideradas na maioria das vezes de alta complexidade, com grandes índices de mortalidade. Estes acometimentos incorrem em que o paciente receba uma atenção especial, muitas vezes necessitando de tratamento intensivo em unidades hospitalares.

Nas doenças associadas, observa-se a prevalência de insuficiência respiratória aguda (55%), estas doenças associadas ao quadro clínico, levam o paciente a sofrer danos no aparelho respiratório, ocasionando muitas vezes na dependência do paciente em receber ventilação pulmonar mecânica e sedação, tornando o mesmo totalmente dependente e acamado, com distúrbios de incontinência, com a utilização de fraldas, facilitando o acometimento por lesões de DAI.

Um estudo conduzido em três hospitais nos EUA, verificou que dos pacientes incontinentes da amostra (n=198) 54% apresentaram lesões na região perineal, 18% apresentaram lesão fúngica e 27% apresentaram DAI. Desses pacientes, 21% tinham algum tipo de lesão de pele na área de incontinência, inclusive UP (33%). Outro estudo, apontou prevalência de 8% de DAI (19,7% dos pacientes com incontinência) em um grupo de 607 pacientes⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Em comparação com o estudo realizado nos EUA, verifica-se que a região do corpo mais acometida por DAI, é a região perigenital, comprovado neste estudo também. Isto devido muitas vezes a exposição à urina que causa dermatites em homens, principalmente na região do escroto e em mulheres nas dobras dos grandes lábios e região perineal. O uso constante de sabonetes e outras substâncias utilizadas para a higiene produzem dano estrutural na barreira da pele e leva ao ressecamento. A fricção constante para a remoção de resíduos irritantes a pele como cremes gordurosos, pomadas e óleos também perturbam a barreira através da ação mecânica⁽²⁾.

Indivíduos idosos com incontinência são mais susceptíveis ao desenvolvimento de DAI, pelo

fato de possuírem menos camadas de estrato córneo. Ocorre um declínio gradual na função de barreira e com o passar do tempo, a camada de estrato córneo vai diminuindo. Também estão associados a isto a diminuição do colágeno, elastina e alterações na microcirculação⁽¹⁾. Geralmente em pacientes idosos, acamados, debilitados são utilizadas fraldas plásticas, incorrendo em chances maiores de desenvolver DAI⁽¹¹⁾.

Em revisão integrativa publicadas no período de 1998 a 2009 sobre o tratamento da DAI, apontaram produtos como a pomada de extrato etanólico das flores de camomila, a pomada de dexapantenol e óxido de zinco e o creme à base de hidrogel, contudo, não foi identificado vantagens dentre eles. Nesse período não foram encontrados estudos que fundamentassem o uso de AGE para DAI⁽³⁾.

O consenso sobre DAI publicado em 2007, expõe que o AGE é uma substância emoliente que suaviza a pele e previne falhas na função barreira. Seu uso repõe a barreira lipídica e suaviza o tecido, hidrata o extrato córneo e diminui a perda transepidermica, portanto podem ser benéficos para lesões causadas por umidade¹⁴.

É de fundamental importância a classificação destas lesões, pois podem nortear as condutas terapêuticas a serem adotadas para o tratamento adequado em cada fase; contribuindo para o processo mais rápido de cura destas lesões por DAI.

O uso de instrumentos para avaliar DAI ainda é muito limitado, e por diversas vezes estas lesões são confundidas com as úlceras por pressão. Diagnosticar adequadamente a causa da lesão leva a intervenções acertadas tanto na prevenção, quanto no tratamento¹.

Neste sentido, o fato da Escala de Intervenção para Dermatite Associada à Incontinência ainda não ter sido validade para língua portuguesa que foi utilizada mostrou-se uma ferramenta útil para avaliação, prevenção e tratamento da DAI,

Conclusão

Lesões de pele como DAI, sempre estiveram presentes em pacientes internados nas diversas instituições. Porém um olhar mais específico para reconhecimento deste tipo de lesão ainda é considerado recente a nível mundial.

Neste estudo observou-se a prevalência e ocorrência de DAI em pacientes internados na UTI de um hospital privado do noroeste do Paraná. Também a caracterização destes pacientes, quanto aos dados sócio-demográficos e clínicos, auxiliam no entendimento e relacionamento do acometimento e desenvolvimento destes tipos de lesões.

Durante o processo de coleta de dados, ocorreram dificuldades para o diagnóstico destes tipos de lesões, visto que ainda existem poucas evidências acerca de DAI. Também são limitados os instrumentos específicos para a classificação de DAI, uma vez que estes ainda estão em fase de estudo e aplicação, não sendo validados em todos os países. Ainda há dificuldade em diferenciar DAI de úlcera por pressão, por exemplo.

Para os profissionais da área da saúde que prestarão assistência e cuidado direto a estes pacientes, em especial o enfermeiro, torna-se necessário o conhecimento especializado sobre estes tipos de lesões, afim de buscar técnicas e manejos apropriados para oferecer prevenções e tratamentos adequados para lesões como DAI. Trabalhos acerca de prevenção e tratamento de DAI, podem servir como indicadores de qualidade nas unidades assistenciais.

Ainda é necessário o desenvolvimento de estudos e pesquisas, para aprofundar os conhecimentos sobre DAI e elaborar trabalhos como, por exemplo, a criação de protocolos institucionais, com o intuito de direcionar e padronizar os cuidados prestados aos clientes e assim contribuir para melhoria da assistência e saúde dos indivíduos.

Artigo recebido em: 15/02/2013

Aceito para publicação em: 31/03/2014

1- Enfermeiro Especialista em Tratamento de Feridas do Hospital Paraná.

2- Enfermeira Docente da Universidade Estadual de Maringá, Mestre em Enfermagem.

3- Enfermeira do Hospital Universitário Regional de Maringá, Mestre em Enfermagem e Especialista em Estomatoterapia. marlijbalan@gmail.com.

Referências

1. Domansky RC, Borges EL. Manual para Prevenção de Lesões de Pele. 2012; p. 91 – 118.
 2. Smeltzer CS, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 10. ed. 2005; p.
 3. Ribeiro JU, Borges, EL. Revisão integrativa do tratamento de dermatite associada à incontinência. Revista Estima, 2010; p. 30 – 39.
 4. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: A Consensus. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007; 34(1): 45-54.
 5. Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. Nurs Res. 2006, 55(4):243-51.
 6. Bliss DZ, Lowry A, Whitebird R, Savik K, Fan Q, Jung HJ. Absorbent product use and incontinence associated dermatitis in community-living persons with fecal incontinence. Abstracts of the 38th Annual Meeting of the International Continence Society; October, 2008; Cairo, Egypt.
- Disponível em: <https://www.icsoffice.or/abstracts/Publish/46/000427.pdf>.
7. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007, 34(3):260-9.
 8. Driver DS, Perineal dermatitis in critical care patients. Crit Care Nurs. 2007, 27(4):42-6.
 9. Peterson KJ, Bliss DZ, Nelson C, Savik K. Practices of nurses and nursing assistants in preventing incontinence dermatitis in acutely/critically-ill patients (Abstract). Am J Crit Care. 2006; 15(3):325.
 10. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of for skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007, 34(2):143-51.
 11. Chimentão DMN. Prevenção de dermatite associada à incontinência (DAI). Disponível em: <http://solutions.3m.com.br/wps/portal/3M/pt_BR/MedicoHospitalar/Home/Serviços/C>. Acesso em: 11 jun. 2011.
 12. Junkin J, Moore-Lisi G, Selekof JL. What we don't know can hurt us: pilot prevalence survey of incontinence and related perineal skin injury in acute care (Abstract). Clinical Symposium on Advances in Wound Care; Las Vegas (NV), 2005.
 13. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007, 34(3):260-9.

Prevalência de Sintomas do Trato Urinário Inferior: Revisão Integrativa de Estudos Epidemiológicos de Base Populacional*

Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms: Integrative Review of Population-based Studies Epidemiological

Prevalencia de Síntomas Del Tracto Urinario: Revisión Integradora de la Población Basada en Estudios Epidemiológicos

Rev Estima - vol 12 (2) 2014 p. 23 - 27

Vanessa Amigo¹, Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

Resumo

Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI), genericamente agrupados em sintomas de armazenamento, miccionais e pós miccionais, tem profunda influência no bem-estar e na qualidade de vida. A prevalência dos STUI é normalmente acessada em estudos que abordam populações específicas e como dados podem fundamentar a prática clínica e políticas públicas, com o objetivo de conhecer a prevalência dos STUI na população em geral, realizamos revisão integrativa de cinco artigos originados de estudos transversais, de base populacional (BACH, EPIC, EpiLUTS e UrEpiK) sobre prevalência dos STUI em homens e mulheres. Todos os estudos mostram elevada prevalência, mas com discrepâncias apresentadas que possivelmente ocorrem não só pelos estudos abordarem diferentes populações, mas também devido a outras diferenças nos dados amostrais (como a idade escolhida) e a metodologia usada. Conclui-se que, para ser possível a comparação entre as diferentes populações, há a necessidade de padronizar a metodologia de estudo.

Descritores: Sintomas do Trato Urinário Inferior. Prevalência. Epidemiologia.

Abstract

Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), broadly grouped into storage, voiding and post voiding symptoms, have a profound influence on the well-being and quality of life. The prevalence of LUTS is normally accessed in studies that address specific populations and how data can support clinical practice and public policy, with the aim of determining the prevalence of LUTS in the general population, we conducted an integrative review of five articles originated from cross-sectional studies, population-based (BACH, EPIC, EpiLUTS and UrEpiK) on prevalence of LUTS in men and women. All the articles show a high prevalence, but with discrepancies that can not only be explained by the usage of different populations. Other differences in the data sample (such as age selection) and differences in the used methodology should be considered as well. It is concluded that, to be able to compare the different populations it is necessary to standardize the method for the study.

Descriptors: Lower Urinary Tract Symptoms. Prevalence. Epidemiology.

Resumen

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI), en términos generales se agrupan en los síntomas de almacenamiento, vaciado y vaciado post, tiene profunda influencia en el bienestar y calidad de vida. La prevalencia de STUI se accede normalmente en los estudios que se ocupan de poblaciones específicas y, cómo los datos pueden apoyar la práctica clínica y la política pública, con el objetivo de determinar la prevalencia de los STUI en la población en general, se realizó una revisión integradora de cinco artículos que proceden de estudios transversales basado en la población (BACH, EPIC, y UrEpiK EpiLUTS) sobre la prevalencia de los STUI en hombres y mujeres. Todos los estudios muestran una alta prevalencia, pero con discrepancias demostrado que posiblemente se producen no sólo por los estudios que abordan diferentes poblaciones, pero también debido a otras diferencias en los datos de la muestra (como la edad elegida) y la metodología utilizada. Se concluye que, para ser capaces de comparar las diferentes poblaciones es necesario normalizar el método para el estudio.

Palabras clave: Síntomas del Sistema Urinario Inferior. Prevalencia. Epidemiología.

Introdução

Os sintomas são indicadores subjetivos de uma doença ou alteração, que podem levar a procura da ajuda de profissionais da saúde. Em geral, os sintomas do trato urinário inferior (STUI) não podem ser usados para firmar um diagnóstico definitivo, pois podem indicar outras patologias além da disfunção do trato urinário inferior (DTUI)¹.

Os STUI são divididos em: **sintomas de armazenamento** (incontinência urinária - IU, mais especificamente, IU de esforço, urge-incontinência, IU mista, IU contínua e outros tipos de IU; urgência miccional; aumento da frequência diurna; noctúria; enurese noturna; sensibilidade vesical - normal, aumentada, diminuída, ausente e não específica); **sintomas miccionais** (jato fraco, jato intermitente, divisão do jato urinário, hesitação, esforço e gotejamento terminal); **sintomas pós-miccionais** (sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento pós-miccional); **sintomas associados com a atividade sexual; sintomas associados com prolapso de órgão pélvico; dor genital ou no trato urinário inferior, síndromes dolorosas e síndromes sintomáticas genito-urinárias sugestivas de DTUI**¹.

Sabe-se que os STUI têm profunda influência no bem-estar, na qualidade de vida e com alta prevalência², que varia de acordo como as questões são feitas, com a definição dos sintomas³ e com a população estudada. A prevalência geral dos STUI é difícil de ser apontada, pois a maioria dos estudos tem abordado populações específicas, considerando apenas um dos sexos, determinada faixa etária ou outras especificidades^{2,4,5,6}.

Ao buscar mais sobre o tema - prevalência dos STUI - foram encontrados estudos epidemiológicos transversais de base populacional e amostragem randômica, que analisaram a população como um todo, a partir de metodologia própria^{7,8}. Estes artigos serão analisados em forma de revisão integrativa, já que esses dados são de suma importância na tomada de decisão, planejamento e alocação de recursos na saúde⁸. Através da síntese dos resultados dessas pesquisas espera-se disponibilizar novos conhecimentos para a prática, a fim de favorecer condutas ou tomada de decisão através de um saber crítico⁹.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência de STUI na população em geral através de revisão integrativa.

Métodos

Foi realizada revisão integrativa da literatura consoante as etapas propostas por Whittemore¹⁰:

Etapa 1 - Identificação do Problema

Para guiar a revisão formulou-se a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência dos STUI na população em geral?

Etapa 2 - Busca de literatura

Foram consultados o serviço de pesquisa da *National Library of Medicine* (PUBMED), a *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Embase, Science Direct e SCOPUS,

utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Sintomas do Trato Urinário Inferior e Prevalência. A partir da identificação de estudos epidemiológicos transversais de base populacional e amostra randômica, passou-se a incluir na busca o nome desses estudos: BACH, EPIC, EpiLUTS e UrEpiK. Usando-se o operador booleano “AND”, realizaram-se as seguintes combinações: Nome da pesquisa *and* Sintomas do Trato Urinário Inferior *and* Prevalência, em português, inglês e espanhol. A pesquisa abrangeu o período de abril de 2002 a agosto de 2012.

Etapa 3 - Avaliação dos dados

Somente foram considerados para análise os artigos que investigavam a prevalência, abrangiam

ambos os sexos e foram publicados em português, inglês ou espanhol. Foram excluídas as publicações que não se adequavam ao tema de estudo segundo o título e resumo apresentado, as que abordavam grupos específicos ou eram apresentações realizadas em eventos científicos e as que se repetiam nas diferentes bases de dados.

Etapa 4 - Análise dos dados

Os artigos foram analisados de acordo com aspectos referentes à estratégia de coleta de dados, questionários usados, faixa etária, tamanho da amostra e prevalência por sexo.

Etapa 5 – Apresentação

A síntese dos estudos é apresentada em tabelas e quadros, e a discussão foi feita buscando

Quadro 1 - Faixa etária, tamanho da amostra e prevalência, segundo o sexo, dos artigos analisados sobre a prevalência de STUI na população em geral.

Título	Autores	Periódico	Ano	Base de Dados	País Envolvido	Idade da amostra
Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study	Lee YS et al.4	World J Urol	2011	PubMed Embase	Coreia	Maiores de 18 anos
The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study	Coyne SK et al.6	BJU International	2009	PubMed	Estados Unidos da América, Reino Unido e Suécia.	Maiores de 40 anos
Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study.	Irwin DE et al.2	European Urology	2006	Science Pubmed	Canadá, Alemanha, Itália, Suécia e Reino Unido	Maiores de 18 anos
Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms and Effect on Quality of Life in a Racially and Ethnically Diverse Random Sample	Kupelian V et al.5	Arch Intern Med	2006	PubMed Embase	Estados Unidos da América (Boston)	30 a 79 anos
The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The UrEpiK study	Boyle P et al. 11	BJU International	2003	PubMed	Holanda, Reino Unido, França e Coreia	40 a 79 anos
Artigo	Idade da Amostra	Tamanho da Amostra		Prevalência (%)		
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Lee YS et al.4	18 anos ou mais	888	1112	53,7	68,9	
Coyne SK et al.6	40 anos ou mais	30.000		72,3	76,3	
Irwin DE et al.2	18 anos ou mais	19.165		62,5	66,5	
Kupelian V et al.5	30 a 79 anos	2301	3205	18,7	18,6	
Boyle P et al. 11	40 a 79 anos	4.979	3790	20*	18,7*	

*Valores calculados a partir de dados estratificados em categorias, conforme a pontuação do IPSS

Artigo Original

analisar de forma crítica, à luz da literatura, o que foi encontrado nos diferentes estudos.

Resultados

Foram identificados 721 artigos e selecionados cinco artigos que atendiam aos critérios de inclusão do estudo e que são apresentados no Quadro 1 de acordo com: título, autores, periódico, ano de publicação, base de dados em que foram encontrados, países envolvidos e faixa etária da amostra populacional. Já na Tabela 1 é apresentada a faixa etária, tamanho da amostra e prevalência segundo o sexo, dos artigos analisados.

Quadro 1 – Título, autores, periódico, ano, base de dados, país e faixa etária da amostra populacional dos artigos selecionados sobre a prevalência de STUI na população em geral.

Em dois estudos^{2,4} a coleta de dados foi por contato telefônico e questionário desenvolvido pelos pesquisadores com adição do IPSS (*International Prostate Symptom Score*). Já no terceiro estudo⁵ foram realizadas entrevistas e utilizou-se o questionário AUA-SI (*American Urological Association Symptom Index*). O quarto estudo⁶ foi realizado por meio da internet, utilizando questionário específico acrescido do IPSS e o questionário *Patient Perception of Bladder Condition*, enquanto que o quinto estudo¹¹ utilizou questionário desenvolvido especificamente para a pesquisa com adição do IPSS, encaminhado por correio, na Europa, e entregue pessoalmente, na Coreia.

Discussão

Os artigos analisados ressaltam a importância e apontam a falta de pesquisas sobre a prevalência de STUI na população em geral, porém, apenas dois abrangem de forma mais ampla a população adulta, incluindo os indivíduos a partir dos 18 anos^{2,4}. Os demais estudos excluem a faixa etária mais jovem ao selecionar indivíduos com idade igual ou maior que 30 ou 40 anos^{5,6,11}, não levando em conta que pessoas jovens também podem apresentar STUI, ainda que haja aumento da prevalência de STUI conforme avança a idade, fato descrito em vários estudos^{2,4,6}.

Outro fator que pode alterar as taxas de prevalência são as definições das STUI. Por exemplo, um estudo² considerou como noctúria acordar uma ou mais vezes para urinar durante a noite e, devido a isso as prevalências encontradas foram elevadas. No mesmo estudo² a noctúria foi definida como acordar duas ou mais vezes para urinar durante a noite, obtendo-se taxas menores e demonstrando que as taxas de prevalência podem diferir de acordo com a definição utilizada. Apenas três estudos^{2,4,6} descreveram o uso da terminologia padronizada pela Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*) para os STUI¹, o que evidencia que nem sempre esta terminologia é adotada.

A definição da presença dos STUI também variou. Dois estudos^{2,4} usaram o autorrelato como definidor da presença ou ausência dos STUI. Já dois outros artigos^{5,11} definiram a presença de STUI como pontuação igual ou maior que oito no IPSS ou no AUA-SI (o IPSS é idêntico ao AUA-SI, exceto por uma de suas questões tratar do incômodo causado pelos STUI). Já o quinto artigo⁶ definiu a presença de STUI usando uma escala Likert.

Observou-se que o autorrelato da presença de um sintoma pode gerar prevalências mais altas do que o uso da pontuação do IPSS ou AUA-SI, isso porque pode haver a presença de um sintoma sem que se alcance a soma de oito pontos, ou seja, pessoas que apresentam os sintomas seriam excluídas das taxas de prevalência por não apresentarem somatória suficiente. Podemos observar que dois estudos^{5,11} apresentam taxas de prevalência que variam de 18,6% a 20% que são bastante discrepantes das taxas apresentadas pelos demais^{2,4,6} que variam entre 53,7% e 73,6%. Ao comparar as definições da presença dos sintomas utilizados observamos que os primeiros utilizam a definição da pontuação igual ou maior que oito no IPSS/AUA-SI enquanto os outros estudos se baseiam no autorrelato.

A forma como os dados foram coletados, também diferiu entre os estudos, o que pode ter contribuído para a discrepância dos resultados. Dois artigos^{3,4} utilizaram o contato telefônico para aplicação dos questionários, um terceiro artigo⁵ utilizou o telefone ou visitas domiciliares, outro artigo utilizou a internet⁶ e, por final, o quinto

estudo¹¹ optou por utilizar questionário encaminhado por via postal.

Somente dois artigos^{2,6} declararam conflito de interesse pelo fato dos autores serem funcionários/consultores de grandes laboratórios farmacêuticos dos quais receberam suporte para pesquisa.

Apesar de diferenças metodológicas, os estudos têm em comum o fato de terem determinado sua amostra a partir de amostragem randômica, que se sabe, é a melhor forma de assegurar que a amostra selecionada seja representativa da população estudada¹².

Recomenda-se, portanto, que mais estudos usando uma mesma metodologia sejam realizados a fim de melhor mapear a prevalência dos STUI em diferentes populações, mas incluindo faixas etárias mais amplas, para evidenciar sua presença também em pessoas jovens. Este mapeamento mais abrangente permitiria identificar grupos vulneráveis a fim de que medidas preventivas ou de intervenção precoce possam ser implementadas, evitando o agravamento do problema.

Conclusão

Os diferentes estudos de base populacional analisados evidenciam que os STUI têm elevada prevalência tanto em homens quanto em mulheres e a grande variação entre os estudos se deve à forma como esses sintomas são investigados e/ou definidos e às características da população estudada. Assim, para que seja possível a comparação entre as diferentes populações, há a necessidade de padronizar a metodologia de estudo.

Referências

- 1- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21:167-78.
- 2- Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Koop Z, Herschorn S et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *European Urology.* 2006; 50:1306-15.
- 3- Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Artibani W, Herschorn S. Prevalence, Severity, and Symptoms Bother of Lower Urinary Tract Symptoms among men in the EPIC study: Impact of Overactive Bladder. *European Urology.* 2009; 56:14-20.
- 4- Lee Y, Lee K, Jung JH, Han DH, Oh S, Seo JT et al. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World J Urol.* 2011; 29:185-90.
- 5- Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, Kusek JW, Litman HJ, Link CL et al. Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms and Effect on Quality of Life in a Racially and Ethnically Diverse Random Sample. *Arch Intern Med.* 2006; 166:2381-7.
- 6- Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milson I, Irwin D, Kopp ZS et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU international.* 2009; 104:352-60.
- 7- McKinlay JB, Link CL. Measuring the Urologic Iceberg: Design and Implementation of the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *European Urology.* 2007; 389-96.
- 8- Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Luks S, Gross A, Irwin D et al. Rationale for the study methods and design of the epidemiology of lower urinary tract symptoms (EpiLUTS) study. *BJU International.* 2009; 104:348-51.
- 9- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
- 10- Whittemore R, Knalf Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 52(5):546-53.
- 11- Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R et al. The Prevalence of Lower Urinary Tract symptoms in men in women in four centres. The UrEpic study. *BJU Int.* 2003; 92 (4):409-14.
- 12- Enarson D A, Kennedy S M, Miller D L. Choosing a research study design and selecting a population to study. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004; 8(9):1151-6.

Artigo recebido em: 20/11/2013

Aceito para publicação em: 04/03/2014

¹Enfermeira formada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Rua Praia do Castelo, 65, apto 121 A- São Paulo – SP. CEP: 04362-020. Email: va.enfermagem@gmail.com.

²Doutora. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Rua Conceição, 552 - apto 25 Campinas - SP CEP 13010-050. Email: mbbaenam1@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Rua José Moraes dos Santos, 419 - Campinas - SP CEP 13087-220. Email: mbbaenam1@yahoo.com.br.

*O presente artigo foi extraído da Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada "Prevalência de sintomas do trato urinário inferior: revisão integrativa de estudos epidemiológicos de base populacional" apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em 2012.

O Desafio do Autocuidado para Pacientes Oncológicos Estomizados

The Challenge of Self-care for Ostomized Oncological Patients

El Desafío del Autocuidado para Pacientes Oncológicos Ostomizados

Rev Estima - vol 12 (2) 2014 p. 28 - 34

Daniela Ferreira da Silva¹, Fátima Helena do Espírito Santo²

Resumo

O estudo objetiva identificar como os pacientes oncológicos estomizados vivenciam a experiência de realizar o autocuidado sem o apoio presencial do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital especializado em oncologia com 13 pacientes oncológicos estomizados em acompanhamento ambulatorial através de entrevista semiestruturada. Após análise temática dos dados, os resultados mostraram que ao realizarem o autocuidado sem apoio presencial do enfermeiro os pacientes experimentam sentimentos de medo e insegurança para manipular o estoma e solicitando apoio dos familiares para a realização dos cuidados com o mesmo e auxílio para as necessidades diárias de autocuidado. Concluiu-se que esses pacientes necessitam de apoio e suporte contínuo do enfermeiro com estratégias educativas que estimulem o resgate da autonomia e autoestima, para a realização das ações de autocuidado.

Descritores: Enfermagem oncológica. Autocuidado. Estoma cirúrgico.

Abstract

This study aims to identify how is the process of living of ostomized cancer patients when performing self-care without the nurse's presence. This is a qualitative study conducted in a hospital specializing in oncology with 13 ostomized cancer patients in ostomized cancer outpatient through semi-structured interview. After thematic analysis of the data, the results showed that when performing self-care without the nurse's support presence, patients experience feelings of fear and insecurity to manipulate the stoma and requesting support from family members to achieve the same care and assistance for daily needs of self-care. It was concluded that these patients need support and ongoing support of nurses with educational strategies that encourage the concept of autonomy and self-esteem, to perform the self-care actions. Oncology nursing. Self Care. Surgical stoma.

Descriptors: Oncology nursing. Self Care. Surgical stoma.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo identificar cómo los pacientes con cáncer ostomizados experimentan la experiencia de llevar a cabo el auto cuidado y sin el apoyo presencial de la enfermera. Se trata de un estudio cualitativo realizado en un hospital especializado en oncología con 13 pacientes con cáncer ostomizados en ambulatoria a través de entrevista semi-estructurada. Después del análisis temático de los datos, los resultados mostraron que cuando se realiza el auto-cuidado y sin apoyo presencial de la enfermera los pacientes experimentan sentimientos de miedo e inseguridad para manipular el estoma y solicitando apoyo

de miembros de la familia para lograr el cuidado con el mismo y asistencia para las necesidades diarias de auto cuidado. Se concluyó que estos pacientes necesitan apoyo y el apoyo permanente de las enfermeras con las estrategias educativas que fomenten el concepto de autonomía y autoestima, para realizar las acciones de auto cuidado.

Palabras clave: *Enfermería oncológica. Auto cuidado. Estoma quirúrgica.*

Introdução

Com a redução das taxas de mortalidade e natalidade o país experimenta o prolongamento da expectativa de vida, o que leva a um aumento das doenças crônico-degenerativas, cujas principais são doenças cardiovasculares e o câncer¹.

Dentre os tipos de câncer mais incidentes, o de cólon e reto, abordado nesta pesquisa, caracteriza-se como o terceiro tipo mais comum no mundo em ambos os sexos, e o segundo em países desenvolvidos. Aproximadamente 9,4%, equivalendo a um milhão de casos novos, de todos os cânceres são de cólon e reto².

Dentre os tratamentos existentes, a cirurgia é descrita como um tratamento vantajoso, pois, possui a capacidade de cura de um número significativo de casos de doença localizada, não tem efeito carcinogênico, não causa resistência biológica e favorece uma avaliação mais segura da extensão da doença, o que permite um estadiamento mais adequado³. Como principal forma de tratamento do câncer de cólon, a cirurgia contribui com resultados de sobrevida de 60/70% em cinco anos⁴.

Entretanto, quando o câncer se desenvolve no cólon e reto, a confecção de um estoma intestinal muitas vezes se faz necessária como parte do tratamento cirúrgico, seja como proteção de anastomoses ou substituta da função anal em caso de ressecção do ânus e em algumas etapas do tratamento da doença, o estoma pode ser considerado um dos mais importantes procedimentos cirúrgicos, pois possibilita a sobrevida do paciente⁵.

Nesse sentido, vivenciar o câncer e um estoma representam momentos críticos da vida de uma pessoa, pois o paciente oncológico estomizado tende a se sentir estigmatizado por julgar-se diferente das outras pessoas, aliadas às repercussões provocadas pelo tratamento oncológico⁶. Assim, o paciente estomizado, ao se deparar com o estoma no pós-operatório, passa a lidar com uma nova

realidade, quando são suscitados vários sentimentos, reações e comportamentos, diferentes e individuais.

Essa nova realidade vivenciada pelos pacientes implica em mudanças fisiológicas que repercutem diretamente nos hábitos e rotinas de vida destes pacientes, quando necessitam se adaptar e aprender a conviver com o estoma, em busca do restabelecimento da harmonia e de sua qualidade de vida.

Nesse contexto é importante que o enfermeiro que realiza assistência junto a este grupo de pacientes identifique cada um como único, pois cada pessoa tem sua história de vida, cultura, valores e forma de expressar suas emoções, e vive seu tempo de forma singular, próprio e único⁷. Sendo assim, o autocuidado realizado por cada um será desenvolvido de maneira diferente, podendo ser mais ou menos efetivo de acordo com seus recursos e formas de interpretar suas experiências frente ao adoecimento e tratamento.

Sendo assim, uma das possibilidades utilizadas pela enfermagem para trabalhar estratégias facilitadoras do autocuidado do paciente estomizado, visando incentivar sua independência, é implementando as orientações quanto ao autocuidado para esses pacientes, facilitando o desenvolvimento de habilidades para o manuseio do estoma e dispositivos, a partir da implementação de estratégias educativas que amenizem a situação de estranhamento do próprio corpo e baixa autoestima pela presença do estoma.

Logo, frente à complexidade que envolve a assistência de enfermagem ao paciente oncológico estomizado, cabe ao profissional conhecer o dia a dia desses sujeitos, identificando suas necessidades e possíveis limitações. Sendo assim, este estudo objetiva identificar como os pacientes oncológicos estomizados vivenciam a experiência de realizar o autocuidado sem o apoio presencial do enfermeiro.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada no ambulatório de estomaterapia de uma instituição de referência para tratamento de câncer na Cidade do Rio de Janeiro com 13 pacientes adultos, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: possuir estoma intestinal de eliminação definitivo ou não, ter dezoito anos ou mais, estar cadastrado na instituição em acompanhamento ambulatorial, ter recebido orientação prévia para o manuseio do estoma no momento da alta hospitalar, estar em condições mentais preservadas, ter disponibilidade para participar do estudo devidamente formalizado na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Em observância à legislação de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob número 34208 e os sujeitos da pesquisa assinaram o TCLE após serem informados sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária e o direito ao anonimato.

Foram previstos procedimentos que assegurassem a confidencialidade e privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, incluindo em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico financeiro.

Durante as entrevistas e análise de dados foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, assim como os hábitos e costumes dos sujeitos da pesquisa.

A coleta de informações foi desenvolvida no período de julho a de setembro de 2012, utilizando como técnica a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada da instituição, quando era solicitado ao participante que falasse sobre sua vida com o uso do estoma intestinal. A entrevista teve como questão investigativa: "Fale-me sobre sua vida com o uso da colostomia". As entrevistas tiveram duração média de trinta a sessenta minutos e foram registradas em aparelho digital e, posteriormente, transcritas e

identificadas com nomes fictícios para preservar o anonimato dos sujeitos.

Em seguida, as informações foram submetidas à análise de conteúdo temática, que possibilita descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁸.

A leitura atenta do conteúdo das entrevistas sobre como é a vida com o uso da colostomia, resultou em 17 temas que proporcionaram ao pesquisador a identificação de como os pacientes oncológicos estomizados vivenciam a experiência de realizar o autocuidado sem o apoio presencial do enfermeiro.

Resultados

Os 13 pacientes do estudo ao falarem sobre a experiência de realizar os cuidados com o estoma intestinal referiram sobre a primeira vez em que precisaram manipular o estoma intestinal em seus domicílios sem o apoio presencial do enfermeiro, o que reforça a importância deste momento. Em 12 dos 13 pacientes constatou-se que o apoio neste momento veio dos familiares, ou seja, 92,3% dos sujeitos e somente um referiu não ter tido apoio familiar, por residir sozinho.

Para os sujeitos este momento foi descrito como: *complicado, desagradável e horrível*. E também contaram que vivenciaram sentimentos de medo, falta de coragem e insegurança, além de se sentirem nervosos para manipular o estoma e realizar os cuidados.

Por que eu fiquei com medo. Eu acho que é natural a gente ter medo na primeira vez. Eu não sabia se doía ou não (João, 54 anos, 2 meses de confecção do estoma).

Ih, eu fiquei num nervoso danado, por que eu pensei que as fezes estavam saindo para dentro, sabe? (Joaquim, 50 anos, 4 meses de confecção do estoma).

Eu mesmo esvazio, mas é desagradável, é chato. Você fica com aquilo no vaso toda vida despejando, esperando sair aquilo. Tem que fazer, eu faço

(Luíza, 85 anos, 1 mês de confecção do estoma).

Ai, quando eu cheguei em casa, na hora de colocar foi um transtorno. Minha filha colocou. Meu primeiro momento foi horrível (Maria, 54 anos, 1 mês de confecção do estoma).

Ai...os primeiros dias foram difíceis por que tinha que ir no banheiro, tirar e lavar a bolsinha. Mas depois me acostumei (Joaquim, 50 anos, 4 meses de confecção do estoma).

Dois pacientes relataram que não realizam nenhum tipo de cuidado com o estoma, seja a limpeza da bolsa coletora ou a troca.

Não, é minha filha quem faz. Meu organismo por enquanto não está dando para isso não. (...) Mas eu não tenho coragem não. Não adianta dizer que eu tenho, por que eu não tenho. (...) Sei lá...meu estômago começa a embrulhar umas coisas todas. Não dá! Não dá! Não tem jeito né? Meu jeito é esse! (Margarida, 68 anos, 2 meses de confecção do estoma).

Isso ai é minha esposa que faz. A troca não. Tem uma vizinha que é enfermeira, ai ela vai lá em casa para trocar, por que minha esposa está com medo (Antônio, 67 anos, 15 dias de confecção do estoma).

Com relação aos cuidados com o estoma intestinal, os pacientes relataram maior facilidade com a limpeza da bolsa coletora, porém muitos não conseguem realizar a troca do dispositivo, recorrendo ao apoio de familiares para fazer a troca ou para auxiliar nesse procedimento.

Dez pacientes relataram realizar a limpeza sem auxílio e um revelou fazer a limpeza com o apoio de familiares, porém, oito disseram que não realizam a troca do dispositivo. Um paciente disse que realizava a troca com apoio e dois realizam a troca da bolsa coletora sem apoio familiar. É importante salientar que desses dois pacientes que realizam a troca dos dispositivos sem apoio, um deles é Dona Isabel, que é estomizada há dois anos e relatou morar sozinha durante todo o pós-operatório que pode estar relacionado ao fato de estar mais adaptada ao processo de reabilitação.

Ela me ensinou como colocava a bolsa. Ai eu comecei a fazer sozinha, recém-operada, eu fazia sozinha (Isabel, 64 anos, 2 anos de confecção do estoma).

Observa-se que a maioria dos pacientes já consegue incorporar a ação de autocuidado por já possuir mais habilidade para se engajar na limpeza do dispositivo coletor. Em algumas falas percebe-se a capacidade de superação destes sujeitos, através de recursos criativos que facilitavam o processo de higiene.

Antes de dormir eu faço a minha higiene, esvazio direitinho, entendeu? De madrugada acordo, dou uma olhadinha, vejo como é que está. Se achar que está cheio, eu vou e tiro (Pedro, 62 anos, 15 dias de confecção do estoma).

(...) Ah, não tive problema não. Tive não. Por que onde eu troco é bem prático para mim. É bem prático. Eu tenho um baldinho que coloco um saco plástico ali, e desenrolo com a maior...é chato por que, lógico, fezes é uma coisa que...mas está tudo bem.(...) Tem a pia né? Ai eu coloco um baldinho com o saco plástico. Ai limpo ali tudo, lavo direitinho e tal. E ali já enrolo, e fica tudo limpinho (Severina, 70 anos, 2 meses de confecção do estoma).

Mesmo os pacientes demonstrando independência para a realização da limpeza do dispositivo coletor, houve uma paciente que relatou ainda dependência de outras pessoas para o desenvolvimento desse processo.

Agora mesmo, por exemplo, eu não consigo limpar a bolsinha sozinha. (...) A gente inventou um negócio de garrafa pet. Ai põe um saco plástico lá dentro e eu joga as fezes. Então eu dependo de alguém que segure esse saco. (...) Agora, todo o mecanismo de lidar com a bolsa é meu. A pessoa segura o saco para mim, mas eu que esvazio (Ana, 55 anos, 1 mês de confecção do estoma).

A limpeza da bolsa pelos pacientes, que se caracteriza como uma ação de autocuidado pode ter interferências de fatores ambientais, pois ao saírem de casa os pacientes encontram dificuldade de banheiros disponíveis para a realização da higiene, o que tem prejudicado o conforto e o bem-estar destes sujeitos.

Só acho ruim quando estou fora de casa. Às vezes não tem banheiro para a gente tirar a bolsinha né? Mas em casa, para mim está quase normal como estava (Joaquim, 50 anos, 4 meses de confecção do estoma).

Artigo Original

A maioria dos pacientes já consegue realizar a limpeza da bolsa coletora, porém, não conseguem fazer a troca da mesma. Alguns pacientes relataram que até retiraram a sua bolsa e realizam a limpeza do estoma e da pele periestoma, mas, no momento do corte do dispositivo e adesão à pele, referem insegurança e medo.

Dentre os pacientes, o Sr. Pedro relatou que para trocar a bolsa recorre à equipe de enfermagem de um hospital próximo a sua residência, o que revela a dependência deste paciente à equipe de saúde, caracterizando que ele ainda não está adaptado plenamente talvez pelo pouco tempo de confecção do estoma e possível déficit de conhecimento relacionado ao manuseio da bolsa coletora.

Deu três dias e eu acho que está vazando, dou uma olhada, peço para minha esposa olhar. Vou, pego a bolsa, pego o carro e vou lá no hospital. Lá eles trocam para mim (...) Se tivesse que pagar eu iria pagar. Mas tenho lá a solidariedade das enfermeiras. Na hora elas trocam. (Pedro, 62 anos, 15 de confecção do estoma).

Através das falas, emergiram algumas justificativas para não realização da troca da bolsa, tais como medo de cortar a bolsa errado, dificuldade de colar o dispositivo em pé na frente do espelho, pois desta forma não conseguiriam olhar para o estoma, ou não realizavam a troca por dispor da ajuda de alguém para fazer isso por eles, o que pode indicar insegurança no manuseio do estoma intestinal.

Olha, eu estou fazendo tudo que a enfermeira passou para mim. Eu só não consigo ainda trocar (João, 54 anos, 2 meses de confecção do estoma).

Eu nunca troquei por que em pé você não consegue. Você deitada, você relaxa. Tomo banho, aí, deito, seco e a pessoa coloca (Maria, 54 anos, 1 mês de confecção do estoma).

Eu ainda não troquei por que não foi preciso ainda. Por que quando trocou meu filho que fez. A única dificuldade que eu acho que posso encontrar é na hora de cortar. Posso cortar de mais, vai ter que experimentar né? O problema é esse... (Severina, 70 anos, 2 meses de confecção do estoma).

Para mim é complicado por que não tem como eu olhar e colocar certinho no buraco. Por que o buraco fica escondido. Tem gente que diz que coloca no espelho, aí dá certo. Mas eu nunca fiz. Agora, com espelho ou sem espelho assim mesmo fica difícil. Por que o corte é a conta mesmo dali (Joaquim, 50 anos, 4 meses de confecção do estoma).

Discussão

Diante dos dados expostos, entendemos o período pós-operatório tardio como um dos mais importantes para a compreensão e adesão do autocuidado pelo paciente, pois, após a alta hospitalar, os sujeitos estomizados precisam enfrentar a situação de manipular o estoma intestinal e o dispositivo coletor sem ajuda especializada e é exatamente neste momento que passam a tomar consciência de suas dificuldades e limitações provocadas pelo estoma em suas atividades de vida diária⁹.

Diversos fatores podem influenciar o autocuidado do paciente, bem como a adesão e motivação para o tratamento e das intervenções propostas. Logo, os pacientes que possuem conhecimento sobre o autocuidado se sentem mais seguros para a manipulação do estoma e dispositivo coletor¹⁰.

Os relatos dos pacientes do estudo corroboram com o que foi observado em estudo sobre a visão do estomizado sobre a bolsa de colostomia, o qual concluiu que no período pós-operatório recente o paciente se sente inseguro e acredita que para realizar o autocuidado tenha que ter maior educação formal¹¹.

O apoio e estímulo de pessoas significativas podem ajudar o paciente a superar os seus sentimentos de perda, negação, revolta e falta de esperança. Eles se apegam a esse apoio para modificar e superar suas limitações¹¹, o que contribui para o desenvolvimento de um autocuidado efetivo.

A habilidade de realizar a troca do dispositivo pode ser influenciada por questões subjetivas, muitas vezes não expressas pelos

pacientes. O significado do estoma para o paciente interfere diretamente na sua autoimagem e, com a autoimagem distorcida, ele tende a esconder o estoma através de blusas e calças bem largas.

O momento da troca do dispositivo significa estar em contato direto com o estoma, ou seja, parte do intestino fixado na parede abdominal, além do contato direto com as fezes. Este processo pode ser desconfortável e doloroso para aqueles que ainda não perceberam o estoma como parte de seu corpo, trazendo à tona a ideia de que é imperfeito logo, anormal. Assim, é mais fácil transferir a responsabilidade deste contato a alguém confiável até o momento em que sua autoimagem seja transformada e que ele se sinta mais preparado para identificar o estoma como parte funcionante do seu corpo.

O processo de reabilitação do paciente estomizado objetiva, principalmente, a retomada da independência para atividades desenvolvidas em seu cotidiano, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida do mesmo.

O enfermeiro deve estar atento para não adaptar o paciente ao estoma, e sim adaptar o estoma à rotina do paciente. Caso contrário, o paciente pode experimentar momentos de reclusão social. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem busca dar subsídios ao paciente para que reflita sobre seu significado como pessoa inserida na sociedade, e não somente como estomizado portador de limitações.

Para promover esse processo de adaptação o enfermeiro deve desenvolver estratégias de educação em saúde, já que segundo Dorothea Orem o poder de um indivíduo em se envolver no autocuidado é desenvolvido no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem¹².

Nesse sentido, a enfermagem atua como promotora do restabelecimento da saúde do paciente através da implementação de práticas educativas e assistenciais que valorizem o ato de se autocuidar¹⁶.

A prática educativa é um instrumento que resulta no cuidado¹³. Assim, através da educação em saúde o enfermeiro pode atuar como mediador do aprendizado que leva o paciente a desenvolver

habilidades e competências para o autocuidado, que se traduz na sua maior independência e autonomia frente à nova situação de saúde.

Um dos objetivos da educação em saúde é contribuir para uma melhor qualidade de vida do paciente e, para isso, é essencial que esteja direcionada para a realidade de vida do mesmo. Logo, é necessário identificar os interesses e dificuldades do paciente para que as ferramentas oferecidas pela atividade educativa sirvam efetivamente para intervir e auxiliar na realidade do paciente envolvido na ação³.

A educação em saúde deve estar presente em todas as fases pelas quais os pacientes oncológicos estomizados percorrem e estar pautada numa relação dialógica. É de responsabilidade do enfermeiro, fornecer suporte ao paciente para o enfrentamento dessas fases, que vão desde a decisão pela cirurgia até a reabilitação.

Considerações Finais

Durante o tratamento do câncer de intestino a confecção de um estoma intestinal de eliminação muitas vezes se faz necessária, sendo esta uma etapa difícil, em que os pacientes precisam lidar com muitas mudanças em suas vidas, seja de ordem física, fisiológica ou emocional.

Muitos pacientes entendem o estoma intestinal como algo assustador que rompe com a normalidade do corpo, mesmo quando traz alívio das dores provocadas pela doença. Diante desses sentimentos, eles experimentam uma fase de isolamento social, o que interfere diretamente em seus hábitos de lazer, na sua capacidade de interagir e compartilhar experiências.

Com relação aos cuidados com o estoma intestinal, os pacientes revelaram que o primeiro contato com o estoma foi o mais difícil e que a necessidade de realizar a limpeza e troca do dispositivo coletor se revelou um transtorno associado a sentimentos de medo, nervosismo e falta de coragem para o autocuidado, sendo necessário o apoio de algum membro da família e/ou amigo ou profissional próximo a sua residência para ajudá-los a suprir suas necessidades.

Um dado importante revelado neste estudo é o fato de que os pacientes conseguem desenvolver habilidade para a limpeza do dispositivo coletor com mais facilidade, porém não se sentem preparados para realizar a troca do dispositivo, estando sempre dependentes de um familiar ou amigo.

A insegurança para a realização da troca da bolsa pode ser consequência de um déficit de conhecimento, pois, a orientação no processo de educação em saúde se torna frágil quando o enfermeiro apenas transfere seus conhecimentos esquecendo-se de considerar que este paciente é um ser inserido em um contexto histórico e social, impedindo assim a elaboração pelo estomizado de conhecimentos que realmente influenciem sua vida ajudando-o a resgatar a autoestima, autonomia e maior independência para o autocuidado.

Logo, o enfermeiro deve atuar com estes pacientes com estratégias de educação em saúde que favoreçam uma reflexão sobre sua condição de saúde, a fim de que ele consiga elaborar formas de adaptação para o enfrentamento das dificuldades que, verdadeiramente provoquem efeitos positivos sobre suas vidas, e dessa forma minimize os riscos e agravos à sua saúde.

Assim, este estudo não se esgota aqui, mas representa a possibilidade de estimular outras pesquisas e projetos, tais como investigar os limites e possibilidades do autocuidado no domicílio dos sujeitos no período pós-alta hospitalar, uma possibilidade a mais de intervir diretamente não nas consequências da doença, mas diretamente no contexto envolvido no processo de adoecimento, recuperação e reabilitação desses pacientes.

Artigo recebido em: 06/07/2013

Aceito para publicação em: 26/02/2014

¹ Enfermeira, Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (MACCS/EEAAC/UFF), especialista em oncologia. Enfermeira assistencial do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Endereço para correspondência: Rua Comandante Rubens Silva, 596, Apto: 403, Freguesia, Jacarepaguá, Rio de Janeiro, RJ. Tel:(21)79335354. Email: danielanurse@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do departamento de enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAAC -UFF.

Artigo baseado na Dissertação de Mestrado: O desafio do autocuidado de pacientes oncológicos estomizados: da reflexão à ação, defendida e aprovada em 30 de Janeiro de 2013 na Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Niterói, Rio de Janeiro.

Referências

1. Ministério da Saúde, Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: 2008.
2. Ministério da Saúde, Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012. Rio de Janeiro, 2012 (acesso em: outubro 2012). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/vigilancia/incidencia.html>.
3. Lopes EM, Anjos SJSB; Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. Rev. Enf. UERJ. 2009 abril-jun; 17(2): 273-277.
4. Castro LS, Júnior JM, Tsunoda AT, Valadão M, Oliveira IM. Câncer colônico. In: Castro LS, Corrêa, JHS. Tratamento cirúrgico do câncer gastrointestinal. Rio de Janeiro: Leonaldson dos Santos Castro, 2005, 320-361.
5. Maruyama SAT, Zago MMF. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 março-abril; 13(2):216-222.
6. Kimura CA, Kamada I, Fortes RC, Monteiro OS. Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. Com. Ciências Saúde. 2009; 20(4): 333-340.
7. Martins ML. Princípios do cuidar da pessoa ostomizada. In: Santos VLC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia. Cuidando do estomizado. São Paulo: Ed Atheneu, 2005. 103-112.
8. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.
9. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2006 julho-agosto; 14(4): 483-490.
10. Nascimento CM, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: Uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem. 2011 jul-set; 20(3): 557-564.
11. Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002; 48(3): 341-348.
12. Petronilho F. Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Portugal: Editora Formasau, 2012.
13. Cesaretti IUR, Santos VLGS, Filippin MJ, Lima SRS. O cuidar de Enfermagem na trajetória do Ostomizado: pré, trans e pós-operatório. In: Santos VLGS, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia. Cuidando do estomizado. São Paulo: Ed Atheneu, 2005. 113-131.

Caracterização de Pessoas com Estomas Intestinais de Eliminação na Estratégia Saúde da Família: Contribuição para a Enfermagem

Rev Estima - vol 12 (2) 2014 p. 35

Alyne Leal de Alencar Luz, Maria Helena Barros Araújo Luz

Introdução: Os estomas de eliminação intestinal são resultantes de um procedimento cirúrgico, por causas diversificadas e complexas. Determinam mudanças físicas, psico-emocionais e sociais que requerem uma assistência específica, de uma equipe multiprofissional qualificada, principalmente da enfermagem, na perspectiva da reabilitação e conquista de qualidade de vida satisfatória. Constitui grande desafio para os profissionais e serviços de saúde, o próprio estomizado e familiares. **Objetivos:** Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos estomizados de um município no sul do estado do Piauí. **Métodos:** Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com 45 estomizados, no período de julho a agosto de 2013, mediante entrevista, utilizando instrumento previamente elaborado, complementado pelo exame físico e registros dos serviços de saúde. Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* para a análise estatística e aplicou-se testes para verificar associações entre variáveis. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que a maioria (57,8%) é do sexo feminino, com média de idade de 53,8 anos, predominando a faixa etária

de 20 a 59 anos (55,6%), baixa renda (75,6%) e baixa escolaridade (55,6%). A maioria colostomizado (77,8%), temporário (66,7%), há menos de 1 ano (55,6%), apresentando efluente líquido a pastoso (68,9%); utilizando bolsas de peça única (80,0%), drenável (60,0%), com barreira protetora (62,2%). Teve como causas doenças inflamatórias intestinais (40,0%) e câncer colorretal (35,6%). Considerando o processo de reabilitação, as maiores dificuldades referem-se ao vestuário (48,9%), limitações das atividades sociais (73,3%) e trabalho (57,8%). Ressalta-se a associação estatisticamente significativa entre condição de adaptação regular/ruim e tempo de estomizado inferior a um ano. **Conclusões:** Conclui-se que assistência à saúde desta clientela envolve uma problemática específica, ampla e complexa que requer a participação de equipe multiprofissional e organização dos serviços, capaz de assegurar articulação e continuidade da assistência desde o perioperatório até a reabilitação do indivíduo.

Descritores: Estomas. Perfil de saúde. Saúde da Família. Autocuidado. Enfermagem.

Alyne Leal de Alencar Luz, Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Professora Assistente I do Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí – UESPI.

Maria Helena Barros Araújo Luz, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí– UFPI. Pós-graduada em Estomaterapia pela Universidade de São Paulo

Correspondência: Alyne Leal de Alencar Luz. Endereço: Avenida Senador Hevídeo Nunes, 4011. Bairro: Junco. Picos - Piauí. CEP: 64.607-755. Telefone para contato: (89) 9929-6081. Endereço eletrônico: alyne-luz@bol.com.br

Guia para Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele em Recém-nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma Construção Coletiva da Equipe de Enfermagem*

Rev Estima - vol 12 (2) 2014 p. 36 - 37

Simone Vidal Santos¹, Roberta Costa²

Introdução: Pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, com o objetivo de construir com a equipe de enfermagem um Guia de cuidados para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital escola do sul do Brasil. O estudo foi desenvolvido na unidade neonatal de um hospital público, localizado no estado de Santa Catarina. Os sujeitos do estudo foram seis enfermeiras, oito técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e duas residentes de enfermagem. O estudo atendeu aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 34574/2012. A coleta de dados ocorreu em quatro etapas. Na primeira, realizada por meio de entrevista semiestruturada, identificaram-se os cuidados de prevenção e tratamento de lesões de pele que a equipe de enfermagem julgava importantes para a construção do Guia. A segunda etapa foi operacionalizada através de três oficinas com a equipe de enfermagem, com o objetivo de suscitar a reflexão crítica sobre os cuidados com a pele do recém-nascido. As mesmas foram sustentadas pelo referencial teórico-metodológico problematizador de Paulo Freire, mediante a utilização do Arco de Charles Maguerez. Na terceira etapa, foi realizada uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de conhecer o estado da arte sobre os cuidados com a pele do recém-nascido. A busca ocorreu

nas bases de dados Medline, Lilacs e Bdenf, em artigos publicados entre os anos de 2009 e 2013. A quarta e última etapa foi realizada com o objetivo de construir com a equipe de enfermagem o Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Esta etapa se deu a partir de dois encontros. No primeiro encontro se construiu os cuidados relacionados à prevenção e no segundo, os cuidados voltados para o tratamento de lesões de pele. Estes encontros resultaram no Guia propriamente dito, que contemplou no item de prevenção os cuidados relacionados à termorregulação e prevenção de perda de água transepidermica; banho; hidratação da pele; fixação e uso de dispositivos invasivos; manuseio; e uso de antissépticos. No item de tratamento, elencou cuidados relacionados à avaliação da pele; tratamento de lesões de pele em geral; coberturas disponíveis para tratamento de lesões em recém-nascidos; e registros de enfermagem. Também foram incluídas ações no manejo de lesões específicas como a dermatite da área de fraldas, lesões por extravasamento intravenoso e, lesões pelo uso de ventilação por *Continuous Positive Airway Pressure* nasal. Cada item que compõe o Guia foi construído coletivamente com a equipe de enfermagem neonatal, baseado na experiência profissional de cada participante e na literatura atualizada sobre cuidados com a pele do recém-nascido, após discussão e consenso do grupo. Os resultados obtidos demonstraram, a partir das

sugestões da equipe de enfermagem, que a mesma possui grande experiência no cuidado com a pele do recém-nascido e denotaram também a preocupação desta, em adquirir maior conhecimento para aprimoramento da prática. A Pesquisa Convergente Assistencial foi fundamental na realização deste estudo, pois possibilitou que o Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele fosse construído a partir da relação entre teoria e prática, a fim de inovar os cuidados com a pele do recém-nascido. Além disso, o processo de construção coletiva movimentou a equipe para a ação-reflexão-ação, despertando os profissionais para a importância do trabalho em equipe, aquisição de conhecimento e para as possibilidades de transformação constante da prática. A elaboração do Guia com o intuito de padronizar a assistência, norteará a equipe de enfermagem para o cuidado mais seguro e qualificado com a pele do recém-nascido.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Pele. Recém-nascido. Neonatologia. Guia.

* *Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – MPENF/UFSC – Florianópolis, SC, Brasil. Sustentada em 20 de fevereiro de 2014.*

¹ *Simone Vidal Santos - Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - MPENF/UFSC. Enfermeira Estomaterapeuta – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário – UFSC. Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR. Endereço para correspondência: Rua Senador Mafra, 236, Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88050-420. Fone: (48) 9922-9324. E-mail: simonevidal75@gmail.com*

² *Roberta Costa - Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis, SC, Brasil. Pesquisadora do GRUPESMUR. Orientadora do Estudo. E-mail: robertanf@botmail.com*

Enfermeira (o) venha se atualizar nas três áreas de abrangência da estomaterapia e faça a diferença!

Inscrições e Informações:

www.none14.com.br

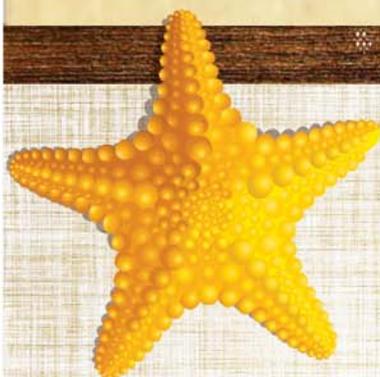
secretaria@tribecaeventos.com.br

55 51 3076-7002

10 DE JULHO:
Prazo final para o envio dos trabalhos.

III Simpósio Internacional NORTE/NORDESTE DE ESTOMATERAPIA

20 - 23 setembro 2014 | RITZ LAGOA DA ANTA | MACEIÓ | BRASIL



O Simpósio Internacional Norte Nordeste de Estomaterapia está em sua terceira edição, sendo realizado com sucesso de público em 2011 e 2012 nos estados de Pernambuco e Pará.

Este evento é construído em parceria com profissionais locais, da área da estomaterapia, com o objetivo de atender também às necessidades de atualização em temas regionais, abordados por renomados palestrantes nacionais e internacionais.

Promoção:

Organização:



Repetiremos esse sucesso em Alagoas, com certeza!

Patrocínio Master



Patrocínio Ouro



Patrocínio Prata



Patrocínio Bronze



Apoio



A sua marca de sucesso

FRANQUIA

StayCare

A EXCELÊNCIA DO CUIDAR COM CIÊNCIA E TECNOLOGIA

*A sua franquia
especialista no cuidado de*

**Pés, Feridas,
Estomias e
Incontinências**

www.staycare.com.br

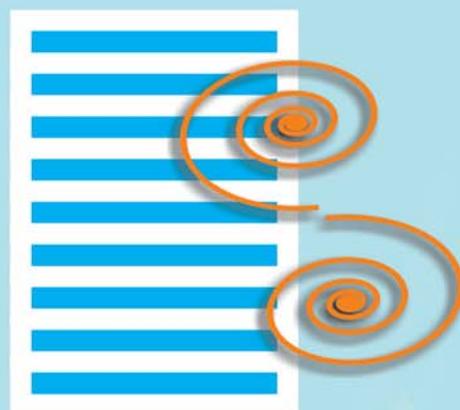
Unidade Americana:

Rua Luiz Adami, 54 - Americana SP
(19) 3462-2038 contato@staycare.com.br

Unidade Itanhaém:

Av. Rui Barbosa, 564 - Centro - Itanhaem-SP
(13) 3427-4672 itanhaem@staycare.com.br

Em breve **MAIS 4** unidades em SP e BA



SOBEST

Melhoria da Qualidade de Vida

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