



**Perfil Profissional
de Enfermeiros
Estomaterapeutas Egressos
da Universidade de Taubaté**

**Perfil de Crianças e
Adolescentes Estomizados
Atendidos de um Hospital
Público do Distrito Federal**

**Viver com Estomia:
Contribuições para a
Assistência de Enfermagem**

**Prevalência, Fatores
Associados e Classificação
de Úlcera por Pressão em
Pacientes com Imobilidade
Prolongada Assistidos na
Estratégia Saúde da Família**

**Caracterização das Úlceras
por Pressão em Pacientes
de Unidade de Terapia**

Conselho Editorial

Editores

Maria Angela Boccara de Paula
Gisele Regina de Azevedo
Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

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)

Sônia 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

www.salts.com.br



Recognising Salts research
into healthy stoma skin



DERMATOLOGICALLY
ACCREDITED

PIAZZA COMUNICAZIONE

Confidence® Natural

WITH ALOE VERA

Bem-estar para o usuário Urostomizado



SUAVIDADE NATURAL

Hidrocolóide hipoalergênico enriquecido com extratos de Aloe Vera, tornando a pele mais hidratada e macia.

SEGURANÇA NATURAL

Placa adesiva mais aderente e fina, proporcionando confiança ao usuário.

AJUSTE NATURAL

Resina Flexifit® com cinco recortes, que proporcionam flexibilidade e ajuste seguro aos contornos naturais do corpo.

CONFORTO NATURAL

Única resina elaborada com as características específicas para as bolsas de urostomia.



Exclusiva torneira com fechamento extra, localizada na posição ideal para não encostar na pele. Inovação especialmente desenvolvida para melhorar a qualidade de vida.

Com a exclusiva resina Flexifit®, a bolsa Confidence® Natural é a escolha perfeita para um encaixe mais seguro ao seu corpo. Agora, a Nova Confidence® Natural para Urostomia vem com um adesivo mais forte, macio, suave e foi especialmente desenvolvida para você, usuário urostomizado. Assim, você terá a liberdade de movimentos que sempre sonhou, sentindo-se mais seguro e confiante, tendo a certeza que sua bolsa vai ficar firme no lugar.



SANTÉ MEDICAL

Importadora Oficial para todo Brasil

Santé Medical
www.santemedical.com
sante@santemedical.com
(48) 3337-6564



LIFE SUL
Tecnologia Médica

Distribuidor Exclusivo

Life Sul Tecnologia Médica
www.lifesul.com
lifesul@lifesul.com
(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, YaraLanna

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 Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST

Tiragem: 1.000 exemplares

Periodicidade: Trimestral

Produção Editorial: Associação Brasileira de Estomaterapia

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 Estomaterapia

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



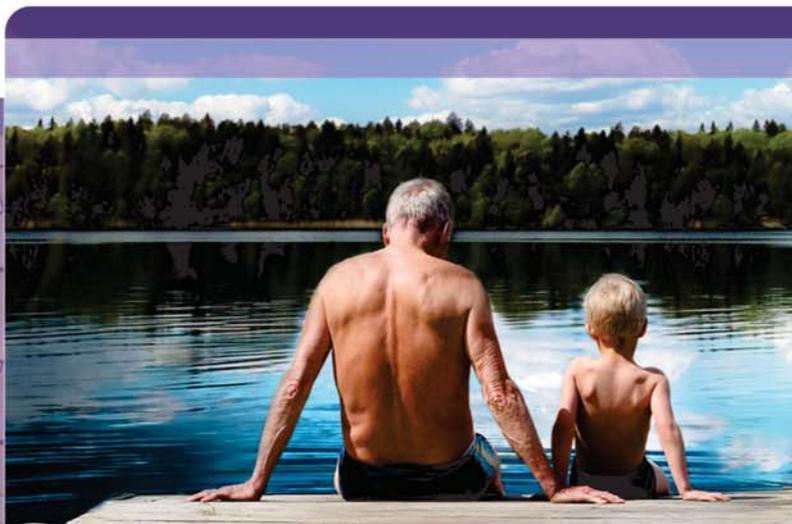
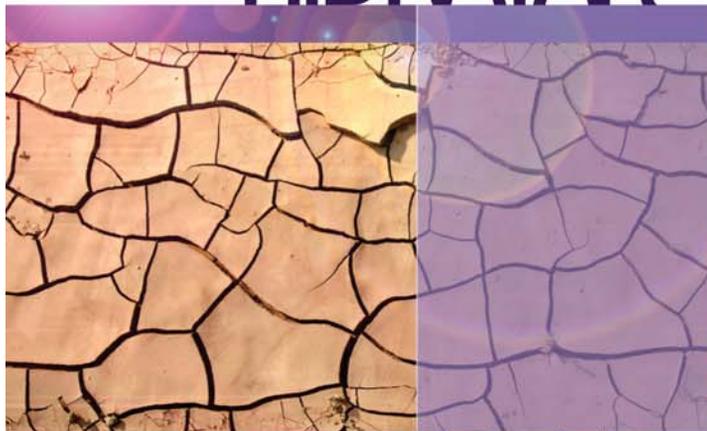
v.12 n.1 mai/abr/jun de 2014



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

- Perfil Profissional de Enfermeiros Estomaterapeutas Egressos da Universidade de Taubaté.....13
Professional Profile of Enterostomal Therapy Nurses Graduated from the University of Taubaté
Perfil Profesional de Enfermeras Estomaterapeutas Egresadas de la Universidad de Taubaté
Mirela de Souza Chaves Dias, Maria Angela Boccara de Paula, Ana Beatriz Pinto da Silva Morita
- Perfil de Crianças e Adolescentes Estomizados Atendidos de um Hospital Público do Distrito Federal.....23
Profile Of Children And Adolescents With A Stoma Seen In A Public Hospital In Brasilia, Brazil
Perfil de los Niños y Adolescentes Ostomizados Atendidos en un Hospital Público del Distrito Federal
Sandra de Nazaré Costa Monteiro, Ivone Kamada, Ana Lúcia da Silva, Tacyana Cássia Ramalho de Souza
- Viver com Estomia: Contribuições para a Assistência de Enfermagem.....33
Living With a Stoma: Contributions to Nursing Care
Vivir Con Ostomía: Contribuciones Para el Cuidado de Enfermería
Sara Machado Mirand, Conceição de Maria Franco de Sá Nascimento, Maria Helena Barros Araújo Luz, Elaine Maria Leite Rangel Andrade, Alyne Leal de Alencar Luz, Cynthia Roberta Dias Torres
- Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Úlcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família.....41
Prevalence, Associated Factors, and Classification of Pressure Ulcers in Patients With Prolonged Immobilization Enrolled in the Family Health Strategy
Prevalencia, Factores Asociados y Clasificación de la Úlcera por Presión en Pacientes con Inmovilidad Prolongada Atendidos en la Estrategia Salud de la Familia.
Sandra Marina Gonçalves Bezerra, Maria Helena Barros Araújo Luz, Elaine Maria Leite Rangel Andrade, Telma Maria Evangelista de Araújo, João Batista Mendes Teles, Maria Helena Larcher Caliri
- Caracterização das Úlceras por Pressão em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.....50
Evaluation of Pressure Ulcers in Intensive Care Unit Patients
Caracterización de las Úlceras por Presión en Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos
Elizabeth Mesquita Melo, Dina Geisa Rafael Nogueira, Mayerli Araújo de Lima

Resumo de Dissertação

- Prevalência e Fatores De Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.....58
Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício, Maria Helena Barros Araújo Luz

- 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 leitores,

Recepcionamos os participantes e autoridades presentes, na solenidade de abertura do III SIMPÓSIO INTERNACIONAL NORTE NORDESTE DE ESTOMATERAPIA, no dia 20 de setembro, no Ritz Lagoa da Anta, em Maceió-AL, com o belíssimo texto de William Shakespeare, interpretado pelo ator Regis de Souza, do qual destacamos o trecho abaixo.

“... leva-se anos para construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante, das quais se arrependerá pelo resto da vida.

Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias.

E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem da vida. E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.

Aprende que não temos que mudar de amigos se compreendemos que os amigos mudam, percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa, ou nada, e terem bons momentos juntos.

Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa - por isso, sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas, pode ser a última vez que as vejamos.”

Os membros presentes na Assembleia Geral Ordinária aprovaram as propostas de divulgação eletrônica e envio dos editais de convocação por email, eleição da diretoria da SOBEST e das Seções pela internet, inclusão do membro titulado emérito, no estatuto, título que será concedido pela diretoria ao Estomaterapeuta TiSOBEST, reconhecido pela grande competência e contribuição nas áreas de abrangência da Estomaterapia, e a constituição da comissão que revisará o estatuto atual, com assessoria de um advogado.

O encerramento deste evento foi marcado pela premiação dos melhores trabalhos apresentados, pela entrega do Certificado de Título de Especialista TiSOBEST aos estomaterapeutas aprovados no concurso deste ano e do Título de Especialista Emérito à Prof. Dra. Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos.

Em 2015 a estomaterapia brasileira completará 25 anos de gloriosa jornada de lutas e conquistas que serão lembradas e comemoradas, oficialmente, durante o SIMPÓSIO SUL SUDESTE DE ESTOMATERAPIA, na cidade de Águas de Lindóia - SP, de 22 a 24 de maio de 2015.

Ainda em 2015, realizaremos o XI CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTOMATERAPIA, em Gramado-RS, de 01 a 4 de novembro, ocasião que, além de desfrutarmos de um programa científico de altíssima qualidade, poderemos nos encantar com a cidade toda decorada e preparada para seu tradicional “Natal Luz”.

Enquanto planejamos as atividades para o próximo ano continuaremos firmes na meta da conquista da publicação da Resolução COFEN - Conselho Federal de Enfermagem, que normatizará a atuação do *Enfermeiro* Estomaterapeuta em todo território nacional. Para tanto, foi protocolado, no último dia 15 de julho, o documento “Intervenções da Enfermagem nas Áreas de Abrangência da Estomaterapia”, solicitado pela câmara técnica do COFEN. Aguardamos, ansiosamente, a publicação da referida Resolução.

“porque um dia é preciso parar de sonhar, tirar os planos da gaveta e, de algum modo, começar...”

Amyr Klink

Um abraço,

Suely Rodrigues Thuler
Presidente

Editorial



Prezado Leitor

Essa é a primeira edição da Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia com novos Editores: Profa. Dra. Maria Angela Boccara de Paula, Profa. Dra. Gisele Regina Azevedo e Profa. Dra. Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas. Temos também a valiosa parceria e colaboração de um Conselho Editorial de especialistas, cientistas e professores reconhecidos e atuantes na estomaterapia brasileira e internacional.

Essa estimada revista está em um processo de adequação aos rígidos critérios estabelecidos por bases de indexação bibliográfica. Nossa missão é dar maior visibilidade e divulgar internacionalmente os artigos publicados na área da estomaterapia brasileira.

Para isso, uma das primeiras mudanças será a alteração do nome Estima para **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy** e posteriormente disponibilizar os artigos também em inglês, possibilitando que estomaterapeutas e profissionais da saúde de outros países tenham acesso às publicações, bem como possam contribuir com seus estudos, enriquecendo ainda mais o intercâmbio científico e cultural da especialidade.

Em agosto desse ano foi iniciado o **sistema online de submissão e avaliação dos artigos**, em que autores, revisores e editores podem acompanhar o processo de avaliação através do site www.esobest.com.br/estima. Esse sistema também permitirá gerar indicadores bibliométricos de desempenho necessários para indexação em novas bases e aumento do fator de impacto.

Nosso compromisso é buscar e garantir qualidade das publicações e continuar a fazer da revista uma referência para estomaterapia mundial.

Contamos com a participação de cada um de vocês, autores e colaboradores, para a publicação de artigos originais e de qualidade metodológica, que possibilitem a transformação da pesquisa científica em ferramenta de qualidade de vida e benefício social.

Maria Angela Boccara de Paula

Gisele Regina de Azevedo

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

Editoras da Revista Estima

Maria Angela Boccara de Paula

Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1986) , especialização Saúde Pública - UNITAU(1998) e Estomaterapia - EEUSP (1993),Mestre e Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2000; 2008). Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade de Taubaté. Coordenador do Curso de Especialização (Latu-Senso) de Enfermagem em Estomaterapia da Universidade de Taubaté.Docente do Curso de Mestradoem Desenvolvimento Humano (Strictu Senso) da Universidade de Taubaté. Membro Titular (TiSOBEST) e Vice-Presidente (gestão 2012-2014) da Associação Brasileira de Enfermagem em Estomaterapia:estomas, feridas e incontinências (SOBEST),Membro Pleno do World Council of Enterostomal Therapist (WCET) e do Comitê de publicação(gestão 2012-14) e (2014-16).Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Estomaterapia, atuando principalmente em estomaterapia e saúde coletiva, assistência, ensino e pesquisa.Desenvolve trabalho integrado com profissionais de Saúde e Educação especialmente relacionado as ações de Educação em Saúde.

Gisele Regina de Azevedo

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (1984), habilitação em Saúde Pública, especialização em Estomaterapia, Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2001 e 2008). Professor assistente na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, nos cursos de Medicina e Mestrado profissional em Educação nas profissões de saúde, e Vice-Chefe do Departamento de Ciências Fisiológicas. Membro do Nursing Committee da International Continence Society - ICS, e do Conselho Científico da Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST, tem experiência na Enfermagem, atuando principalmente nas seguintes áreas: incontinência urinária, assistência de enfermagem, incontinência anal, reabilitação, tratamento de feridas e estomas, qualidade de vida e educação nas profissões da saúde.

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, graduada pela Universidade Estadual de Campinas (1985), Mestre e Doutora em Clínica Médica, área de Ciências Básicas, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (2000 e 2005). Atua na assessoria de assistência do Departamento de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Unicamp e na Coordenação do Curso de Especialização em Estomaterapia da Faculdade de Enfermagem da Unicamp. Membro do Conselho Científico da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST (gestão 2012-2014). Membro do Comitê de Educação do World Council for Enterostomal Therapy - WCET (2012-2014).

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 email.

■ 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 email (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.

Perfil Profissional de Enfermeiros Estomaterapeutas Egressos da Universidade de Taubaté

Professional Profile of Enterostomal Therapy Nurses Graduated from the University of Taubaté

Perfil Profesional de Enfermeras Estomaterapeutas Egresadas de la Universidad de Taubaté

Rev Estima - vol 12 (3) 2014 p. 13 - 22

Mirela de Souza Chaves Dias¹, Maria Angela Boccara de Paula², Ana Beatriz Pinto da Silva Morita³

Resumo

Introdução: O enfermeiro especialista em estomaterapia é definido como aquele que possui conhecimento específico e habilidades para cuidar de pessoas estomizadas, com feridas agudas e crônicas, fistula e incontinência anal e urinária. **Objetivo:** caracterizar o perfil profissional dos enfermeiros egressos do Curso de especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade de Taubaté. **Método:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa. Coleta de dados ocorreu por meio de questionário semiestruturado contendo 15 perguntas enviado por correio eletrônico para 148 enfermeiros, porém apenas 30 profissionais responderam correspondendo ao quantitativo final de pós-graduados em estomaterapia, entre os anos de 2001 a 2011. **Resultados:** predomínio do gênero feminino 96,6% (29), 66,6% (20) estava acima de 36 anos. Todos já atuaram na área de estomaterapia, (93,3% (28) permaneciam atuando, destes 73,3% (22) com menos de dez anos de atuação. Dezesete (55,11%) participantes trabalharam ou trabalhavam em hospitais. As áreas assistencial, de ensino e pesquisa foram as mais relatadas pelos estomaterapeutas. Todos pretendiam permanecer na área e, destes 66,6% (20) referiram estar satisfeitos, 86,6% (26) dos participantes realizavam cursos de atualização regularmente e destes, 69,9% (21) referiram frequentá-los no mínimo duas vezes ao ano. Não havia aposentados no grupo. **Conclusão:** os estomaterapeutas participantes na maioria tinham menos de dez anos de atuação, permaneciam satisfeitos com a especialidade, sendo o trabalho predominante realizado em hospitais na qualidade de enfermeiros assistenciais e permaneciam se atualizando.

Descritores: Mercado de trabalho. Enfermagem. Especialidades de enfermagem.

Abstract

Background: The enterostomal therapy nurse has specific knowledge and skills to care for ostomy patients and those with acute and chronic wounds, fistulae, and anal and urinary incontinence. **Objective:** To determine the professional profile of nurses who had completed the specialization program in enterostomal therapy nursing at the University of Taubaté. **Methods:** This was a quantitative descriptive study. Data were collected through a semi-structured 15-item questionnaire sent by e-mail to 148 nurses who graduated in enterostomal therapy from that institution between 2001 and 2011; however, only 30 professionals responded to the survey, corresponding to the final sample. **Results:** Most respondents were women (96.6%, n =29) and aged 36 years

Artigo Original

or older (66.6%, $n = 20$). All participants had worked in enterostomal therapy; 28 remained working in the area and 22 (73.3%) of them had less than 10 years of experience. Seventeen (55.11%) respondents had worked or were working in hospitals. The nurses reported being engaged mostly in patient care, teaching or research. All participants intended to stay in the area, 20 (66.6%) were satisfied with their field of work, 26 (86.6%) reported taking refresher courses regularly and 21 (69.9%) of them attended such courses at least twice a year. None was retired. **Conclusion:** Most participating enterostomal therapy nurses had less than ten years of experience, were satisfied with their field of work, had worked in hospitals as attending nurses, and regularly took refresher courses.

Descriptors: Job market. Nursing. Nursing specialties.

Resumen

Introducción: El enfermero especialista en estomaterapia se define como aquel que tiene conocimientos y habilidades específicas para cuidar de pacientes ostomizados con heridas agudas y crónicas, fistulas e incontinencia anal y urinaria. **Objetivo:** determinar el perfil profesional de las enfermeras egresadas del curso de especialización en Enfermería en estomaterapia de la Universidad de Taubaté. **Método:** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario semi-estructurado con 15 preguntas enviadas por correo electrónico a 148 enfermeras, de las cuales, sólo 30 profesionales respondieron, correspondiendo a la cantidad final de post-graduados en estomaterapia entre los años de 2001 a 2011. **Resultados:** predominio del sexo femenino 96,6% (29), 66,6% (20) eran mayores de 36 años. Todos han trabajado en el área de estomaterapia, 93,3% (28) seguían trabajando, el 73,3% de ellos (22) tenían menos de diez años de actuación. Diecisiete (55,11%) participantes trabajaron o trabajaban en los hospitales. Las áreas asistencial, docente y de investigación fueron las más reportadas por los estomaterapeutas. Todos pretendían permanecer en esa área y, de ellos, el 66,6% (20) refirió estar satisfecho, el 86,6% (26) de los participantes realizaban regularmente cursos de actualización y de éstos, 69,9% (21) informaron frecuentar su curso mínimamente dos veces por año. **Conclusiones:** La mayoría de los participantes tenían menos de diez años de actuación y estaban satisfechos con la especialidad, trabajando principalmente en los hospitales, como enfermeras asistenciales, y seguían actualizándose.

Palabras clave: Mercado de trabajo. Enfermería. Especialidades de enfermería.

Introdução

A Enfermagem desde seus primórdios vem percorrendo uma trajetória evolutiva, desde a assistência prestada pelos religiosos até a Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale, seguida pelos teóricos de Enfermagem que fundamentam a assistência, o ensino e a pesquisa¹.

A Enfermagem têm se esforçado para criar seu corpo próprio de conhecimentos, estabelecendo-se como uma disciplina no cuidar do ser humano².

A escolha de uma especialidade é um importante momento de transformação pessoal e social. À medida que há o avanço da tecnologia, abrem-se novos campos de atuação exigindo-se o aprendizado especializado³.

As especializações em enfermagem são fundamentais para estimular o aprimoramento, a competência e a realização de pesquisas, abrindo novos campos para os enfermeiros².

O enfermeiro especialista é aquele que tem o domínio frente às teorias, flexibilidade no uso das mesmas, o saber agir nas reais necessidades do cliente, das relações com outras áreas, utilizam a intuição, o raciocínio e a experiência do próprio cliente².

O enfermeiro especialista em estomaterapia é definido como aquele que possui conhecimento específico e habilidades para cuidar de pessoas estomizadas, com feridas agudas e crônicas, fistula e incontinência anal e urinária³.

A história do início da estomaterapia é dividida em duas dimensões temporais: a primeira, da idade antiga até o ano de 1949 e a segunda, da década de 1950 até a atualidade, quando evolui como especialidade. A primeira dimensão temporal passa a delinear o perfil geral da estomaterapia e engloba dois eventos: a evolução das técnicas cirúrgicas em estomas e a criação de dispositivos para uso de pessoas estomizadas. A segunda dimensão temporal destaca-se além da continuidade dos avanços técnicos e científicos da abertura de estomas, evolução tecnológica dos dispositivos, há também a formação de grupos de pessoas estomizadas⁴.

Em 1955, na segunda dimensão temporal, apareceu o primeiro relato da enfermagem com relação ao cuidado de pessoas com estomas de Elise Sorensen, enfermeira dinamarquesa, que inventou a primeira bolsa adesiva descartável, composta de bolsa confeccionada de plástico e tendo óxido de zinco na superfície adesiva. Esta bolsa foi manufaturada pela empresa Coloplast e bem aceita pelas pessoas estomizadas⁴.

Nesta época notou-se que o estomizado necessitava muito mais do que uma boa e efetiva técnica cirúrgica para a reabilitação, mas também era necessária atenção aos aspectos relacionados com os cuidados pós-operatórios, balanço hidroeletrólítico, sexualidade, ajustamento à nova condição, manuseio da bolsa e controle da dor. Tudo isso levou Rupert Turnbull, médico cirurgião, a convidar uma de suas pacientes, Norma Gill que para auxiliá-lo nessa atividade, já que era ileostomizada devido à retocolite ulcerativa e tinha cuidado durante dois anos de sua avó colostomizada por câncer de reto. Então em 1958, Turnbull contrata Norma Gill para atuar na Cleveland Clinic Foundation (EUA) como “técnica em estomia”, surgindo oficialmente a estomaterapia⁵.

A partir deste momento Cleveland Clinic torna-se um centro de treinamento, em 1961 foi aberto o primeiro curso de estomaterapia oficial do mundo, os primeiros alunos foram estomizados e algumas enfermeiras, e tinha ênfase nos aspectos práticos do cuidado⁵.

Em 1968, por sugestão do Dr Turnbull com apoio de Norma Gill fundou-se a primeira organização de estomaterapeutas através da *North American Association of Enterostomal Therapists (NAAET)* e em 1971, *International Association for Enterostomal Therapy (IAET)*, que atualmente é a *Wound, Ostomy and Continence Nursing Society (WOCN)*. Neste tempo também se formaram outros cursos em vários outros países⁵.

A primeira associação de pessoas estomizadas criada oficialmente foi em 1962 em Cleveland com o apoio de Norma Gill e Turnbull denominada *United Ostomy Association (UOA)*. Na década de 1970, as associações de estomizados ajudaram a construir a Estomaterapia como especialidade em todo mundo. A organização destas pessoas foi desenvolvida para suprir a falta de recursos humanos e materiais especializados e/ou como continuidade da assistência profissional estabelecida somente no âmbito hospitalar, o que ajudou no processo de reabilitação das pessoas estomizadas⁴.

Em 1975 foi criada a *International Ostomy Association (IOA)*, na América Latina, a *Association Latinoamericana de Ostomizados (ALADO)*. No Brasil foi criada também, em 1975, o *Clube de Colostomizado do Brasil* em Fortaleza. Em 1985 foi fundada a *Sociedade Brasileira de Ostomizados (SBO)*, o que auxiliou no fortalecimento das associações que passaram a conseguir benefícios como a compra e distribuição de dispositivos junto ao governo federal⁴.

Como o interesse pela estomaterapia, como especialidade espalhava-se no mundo, em 1978 surge a idéia de constituir um órgão representativo, internacional, surgindo então o *World Council of Enterostomal Therapists – an association of nurses (WCET)*, que tem como objetivo promover a identidade da especialidade e proporcionar a troca de informações entre especialistas que possibilita além do desenvolvimento técnico e científico na área, a padronização de condutas e técnicas, que visa a melhoria da qualidade do desempenho do especialista, e assim, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada à pessoa

estomizada, bem como para a pessoa com feridas de qualquer natureza e de incontinência anal ou urinária¹.

A estomaterapia no Brasil destacou-se por três importantes marcos: a formação dos primeiros estomaterapeutas, a criação do curso de Especialização em Enfermagem em Enfermagem em Estomaterapia e a fundação da Sociedade Brasileira de Estomaterapia: ostomias, feridas e incontinências, a SOBEST⁴.

Na década de 80 alguns enfermeiros foram para países como Estados Unidos, Colômbia e Espanha em busca de conhecimento especializado e trouxeram este conhecimento, motivando outros enfermeiros no trabalho com estomizados, organizando a assistência especializada em hospitais e ambulatórios da rede pública e assim, colaboraram para o desenvolvimento da especialidade no Brasil⁵.

Em 1990 foi criado o primeiro curso de Especialização *latu sensu* em Enfermagem em Estomaterapia, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e tem sua programação com carga teórico-prática mínima de (360h), baseado nas normas e padrões exigidos pelo WCET, sendo reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), Conselho Federal de Educação e de Enfermagem, bem como pela SOBEST e WCET⁴.

Um marco da estomaterapia brasileira, em 1992 foi a fundação da SOBEST, entidade científica e cultural, que realiza eventos como jornadas, simpósios, congressos, cursos em todo o Brasil e está aberta a todos os profissionais que atuam na área. Em 2003 criou a Revista Estima, veículo oficial de divulgação da especialidade que trata dos conhecimentos científicos e atuais da estomaterapia. A SOBEST contribui na regulamentação das atribuições das atividades do estomaterapeuta e dos cursos de especialização no país^{5,6}.

Desde a criação do primeiro curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia no Brasil, devido ao incentivo dos enfermeiros que se especializaram na área e a grande demanda de pessoas estomizadas, com feridas agudas ou

crônicas e incontinência, levou a criação de outros cursos. Em 1999 em Fortaleza surgiu o 2º curso do país e, em 2000, na Universidade de Taubaté (UNITAU), em São Paulo⁵.

A criação desses cursos contribuiu para o aumento do número de enfermeiros especialistas. Atualmente o Brasil possui dezesseis cursos de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, sendo doze devidamente credenciados pelo WCET e referendados pela SOBEST e quatro em processo de análise⁶.

No Brasil, a criação dos cursos de especialização também contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência prestada proporcionando amadurecimento da assistência, ensino, pesquisa, assessoria e consultoria, ampliando o leque de funções do especialista, além de estimular a organização e representação da classe através da SOBEST, fortalecendo a especialidade^{4,5}.

A estomaterapia é uma especialidade em expansão e possui crescimento no mercado nacional por atuar em várias áreas, não apenas nas atividades assistenciais, como também de ensino, pesquisa, administração, vendas, assessoria e consultoria. O estomaterapeuta pode atuar em serviços públicos, privados, ambulatórios, clínicas, consultórios médicos, consultórios especializados em Estomaterapia, assistência domiciliar e tem a possibilidade de ter seu próprio empreendimento⁶.

Com o aumento dos cursos de Estomaterapia no Brasil, não se sabe onde estão os profissionais e se estes atuam na especialidade. Diante desta realidade surgiram alguns questionamentos que fomentaram a realização deste estudo: Os enfermeiros estomaterapeutas atuam na especialidade após o curso? Em que área da especialidade? Atuam na assistência, ensino, pesquisa, auditoria, consultoria e assessoria técnica?

Objetivo

Caracterizar o perfil profissional dos enfermeiros egressos do Curso de especialização

em Enfermagem em Estomaterapia da UNITAU.

Método

Estudo descrito, com abordagem quantitativa, realizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e pós-graduação da Universidade de Taubaté. Participaram do estudo 30 enfermeiros que receberam o certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem em Estomaterapia pela UNITAU. A Coleta de dados foi realizada por meio de questionário contendo duas perguntas abertas e 13 fechadas, enviado via correio eletrônico a 148 enfermeiros, porém apenas 30 profissionais responderam, correspondendo ao quantitativo final de pós-graduados em estomaterapia participantes, entre os anos de 2001 a 2011. O questionário foi devolvido pelo mesmo meio que foi enviado, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe ressaltar que os enfermeiros que não possuíam email cadastrado nos registros do curso, foram contatados via telefone para atualizar endereço eletrônico.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP nº 550/11), após aprovação foi encaminhado ofício solicitando autorização a Pró-reitoria de Pesquisa e pós-graduação para busca dos contatos no banco de dados da secretaria do curso. Assim que autorizado foi realizado o levantamento dos ex-alunos e realizado o contato.

Resultados e Discussão

No que tange ao abordar gênero dos participantes obteve-se 3,3% (1) de homens e 96,6% (29) de mulheres, fato que corrobora com o encontrado na literatura, pois não se pode

desconsiderar a formação histórica da profissão. Sabe-se que continua sendo predominantemente feminina e, não poderia ser diferente na especialidade de estomaterapia, ainda que o número de homens em seu quadro profissional tenha aumentado a profissão, por vezes, é encarada como de “essência feminina”^{7,8}. No tocante a idade dos enfermeiros participantes do estudo 50% (15) estava entre 36 a 50 anos, enquanto que 16,6% (5) estavam acima de 51 anos. Na faixa etária entre 26 a 35 anos havia 33,3% (10). O fato de 66,6% (20) dos enfermeiros estarem com mais de 36 anos pode estar relacionado a dados que indicam que os universitários hoje incluem proporções significativas de alunos mais velhos^{9,10,11}. O curso de pós-graduação em estomaterapia praticamente manteve o número de alunos por turma em um recorte de tempo de dez anos. A frequência a um curso de pós-graduação pode estar relacionada ao desejo de alcance de um diferencial na obtenção de uma colocação no mercado de trabalho e assunção a determinados cargos. E ainda devido às demandas do mercado de trabalho, especialmente dos grandes centros. Vinte e três enfermeiros participantes (76,6%) atuavam em São Paulo, três (10%) no Rio de Janeiro e quatro (13,3%) em Minas Gerais. Importante ressaltar que 100% trinta permaneciam na região sudeste.

Vinte o oito (93,3%) dos enfermeiros estavam atuando na área de estomaterapia e, destes 33,3% (10) como mostra a tabela 2 com tempo de até 10 anos. Os cenários peculiares da área hospitalar e de atenção primária à saúde deixam de ser exclusivos do mercado de trabalho e avocam para uma atuação de variadas possibilidades de expansão, tanto no âmbito da abrangência quanto ao direcionamento dos processos de trabalho pelo enfermeiro. Momento em que o profissional vivencia sua autonomia¹².

Tabela 1 – Distribuição dos participantes em relação a atuação na especialidade. São Paulo 2012.

Atuação na especialidade	N	%
Sim	28	93,3%
Não	02	6,6%

n=30

Artigo Original

São exigências do mercado de trabalho profissionais muito qualificados, com autonomia para tomada de decisões, competentes para rapidamente incorporar tecnologias, e responsabilizar-se por dar respostas aos problemas dos mais diferentes processos de produção e cursos de pós-graduação pode ser uma estratégia para tal¹³.

A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais em permanecer na instituição ou em uma área de atuação. A tabela 2 mostra que 26,6% (8) dos enfermeiros tinham mais de 11 anos de atuação na área. E ainda, o tempo de

trabalho pode estar relacionado a experiência, a proposta de trabalho de uma instituição e satisfação individual. Fatos relevantes, haja vista que, impactaram na saída de 6,6% (2) dos enfermeiros da área como evidenciado na tabela 3 e 6¹⁴.

O fato de 6,6%, ou seja, dois enfermeiros não estarem atuando na área pode ser reflexo de conflitos decorrentes da visão histórica da profissão, da estrutura de poder organizacional expressa por políticas, leis e regras, aparentemente impessoais, mas que referendam e garantem o poder de grupos dominantes que ainda estão presentes no imaginário da sociedade. Conflitos que clamam por atitudes mais apropriadas ao

Tabela 2 – Distribuição dos participantes quanto ao tempo de atuação na estomaterapia. São Paulo, 2012.

Tempo de atuação na área	N	%
Até 5 anos	12	40%
06 a 10 anos	10	33,3%
11 a 15 anos	06	20%
Acima de 16 anos	02	6,6%%

n=30

Tabela 3 – Distribuição dos participantes em relação aos que já atuaram na estomaterapia, tempo de atuação, o tempo em que deixaram de atuar e os motivos que influenciaram a saída. São Paulo, 2012.

Atuou na área de estomaterapia	n	%
sim	02	6,6%
não	0	0%
Quanto tempo atuou	n	%
Até 2 anos	01	3,3%
Até 4 anos	01	3,3%
Tempo que deixou de atuar na área	n	%
Até 2 anos	01	3,3%
Acima de 8 anos	01	3,3%
Motivo para deixar de atuar na área	n	%
Por circunstâncias da instituição	01	3,3%
Por mudança de cidade e emprego	01	3,3%

n=30

desenvolvimento da autonomia pelo enfermeiro, para que aos poucos esse imaginário popular não tenha sustentação na prática¹².

O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Mesmo na especialidade há como atuar em vários desses campos como vemos na tabela 4. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro pois permeiam por serem necessários no objeto da enfermagem. As atribuições específicas do enfermeiro são

oficializadas na lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem. Portanto consultórios médicos ou clínicas não têm despertado o interesse dos profissionais, o que pode estar ligado à autonomia, proposta de trabalho ou satisfação profissional. A chefia de serviço e unidade de enfermagem, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consultoria e auditoria, além dos cuidados diretos de enfermagem a clientes são o foco dos enfermeiros¹⁵.

É imprescindível considerar que o conhecimento de como têm sido absorvidos os

Tabela 4 – Distribuição dos participantes quanto ao tipo de instituição em que trabalha ou trabalhou, tempo de atuação e vínculos que mantém ou manteve. São Paulo, 2012.

Instituição	N	%	Tempo médio (ano)
Atua em hospital particular	5	14,8%	7,4
Atuou em hospital particular	4	11,11%	3,85
Atua em hospital público	7	25,9%	9,85
Atuou em hospital público	1	3,33%	24
Atua ambulatório	10	33,3%	8
Atuou em ambulatório	1	3,33%	1
Atua em empresas de produtos da área	3	10%	8
Atua em <i>home care</i>	4	11,11%	6
Atua em consultórios de estomaterapia	2	6,6%	2
Atuou em consultórios de estomaterapia	1	3,33%	2
Atua em negócio próprio	2	6,6%	1,5
Atua em outras áreas	8	26,6%	5,5

n=30

Tabela 5 – Distribuição dos participantes em relação a atuação em áreas da estomaterapia e o tempo de atuação em cada área. São Paulo, 2012.

Áreas da estomaterapia	N	%	Tempo médio (ano)
Atua em estomias	20	66,6%	7
Atuou em estomias	1	3,3%	3
Atua em feridas	29	96,6%	8,3
Atuou em feridas	1	3,3%	24
Atua em incontinência	9	30%	8,45

n=30

Artigo Original

Tabela 6 – Distribuição dos participantes em relação a função na estomaterapia e o tempo de atuação. São Paulo, 2012.

Função	N	%	Tempo médio (ano)
Atua em ensino/pesquisa	9	30%	9,3
Atua como assistencial	23	76,6%	8,6
Atuou como assistencial	1	3,3%	8
Atua em assessoria/consultoria	8	26,6%	6
Atua no administrativo	5	16,6%	4,5
Atua em outras funções	1	3,3%	9

n=30

Tabela 7 – Distribuição dos participantes em relação a satisfação com o mercado de trabalho na estomaterapia. São Paulo, 2012.

Satisfação com o mercado de trabalho	N	%
Sim	20	66,6%
Não	10	33,3%

n=30

profissionais da saúde, em particular da enfermagem, constitui parâmetro importante para as instituições de ensino que têm o papel de formar pessoas para atender não somente o mercado de trabalho, mas também para responder às demandas sociais e de saúde e, especialmente, contribuir para a transformação da sociedade. A área hospitalar pelo que foi evidenciado no estudo absorveu ou absorve ainda a maior parte dos enfermeiros num total representando por 55,11 % (17)¹⁶.

Num mundo em constante transformação, acessar um espaço para ascensão social e econômica é um desafio, principalmente porque se observa que as mudanças ocorridas com o desenvolvimento científico e tecnológico e com a globalização da economia têm afetado o mercado de trabalho. As inovações tecnológicas e organizacionais e o acirramento da competição internacional e nacional têm interferido na capacidade de absorção da oferta de novos trabalhadores, assim como na qualidade da inserção ocupacional. Os profissionais que se encontram preparados para um constante

aprimoramento e para a criação de propostas que diferenciem o produto no qual trabalham são prestigiados¹⁶.

Dez (33,3%) demonstraram insatisfação com a área. As justificativas para tal afirmativa pode estar no fato de a maioria das instituições de saúde do nosso país ser caracterizadas pela baixa remuneração, excesso de trabalho, trabalho por turnos, precariedade dos recursos materiais, insuficiência de recursos humanos, insegurança no trabalho, dificuldades de comunicação e de relacionamentos. Isso tudo faz com que o profissional entre em sofrimento psíquico. O elevado percentual associado ao que encontramos na literatura refletindo sobre as condições de trabalho podem ter relação com o elevado número de enfermeiros que atuam em área hospitalar, 40,7% (12)¹⁷.

No entanto, 66,6% (20) dos enfermeiros estavam satisfeitos com o mercado e 100% (30) deles pretendiam continuar atuando. Para prosseguir na área e ter satisfação um dos pilares mais importantes é o exercício da autonomia que é imprescindível no mercado de trabalho, que tem

Tabela 8 – Distribuição dos participantes quanto à pretensão em continuar na estomaterapia, regularidade na participação em cursos da área e em relação à frequência em cursos de atualização. São Paulo, 2012.

Pretensão em continuar na área	n	%
Sim	30	100%
Não	0	0%
Participação em cursos	n	%
Sim	26	86,6%
Não	4	13,3%
Frequência nos cursos	n	%
1 vez por ano	9	30%
2 a 3 vezes por ano	16	53,3%
Mais de 3 vezes por ano	5	16,6%

n=30

como pano de fundo as transformações que vêm ocorrendo com o trabalho do enfermeiro no mundo globalizado. Assim, permitindo ao enfermeiro exercer a autonomia que detém com criatividade e resolutividade, consequentemente havendo seu crescimento como profissional¹².

O investimento na capacitação profissional pode estar contribuindo para que 13,3% (4) dos enfermeiros não tivessem feito curso de atualização com regularidade na área. O dado nos remete a refletir sobre três aspectos, primeiro que a capacitação pode ser base para uma colocação no mercado e consequentemente pode reverter o que evidenciamos na tabela 7 onde 33,3% (10) demonstraram insatisfação com o mercado. Em segundo lugar, que pode não estar ocorrendo à capacitação dos enfermeiros regularmente justamente pelo aspecto financeiro. Afinal 100% (30) estavam atuando em estados circunvizinhos e com grande concentração de cursos e eventos científicos. E por último, os dados na tabela 3 onde 6,6% (2), não atuavam na área, portanto provavelmente não estavam se capacitando regularmente¹⁸.

Buscar cursos na área de atuação é almejar ter competência profissional que é a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, colocar valores e habilidades em ação, necessários para o

desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho e para a resposta aos problemas e situações de imprevisibilidade em dada situação e contexto cultural e 86,6% (26) dos enfermeiros tinham esse entendimento e afirmaram que faziam cursos¹⁹.

A educação permanente constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, transformando o trabalho em um espaço democrático, onde todos são responsáveis por ensinar e aprender. São 21 enfermeiros representando 69,9% (17) com participação em no mínimo dois cursos por ano na área, ou 16,6% (5) com frequência superior a três cursos por ano¹².

Conclusão

Os estomaterapeutas participantes na maioria tinham menos de dez anos de atuação, permanecia satisfeita com a especialidade, grande parte estava trabalhando em hospitais como enfermeiros assistenciais e continuava se capacitando mesmo após o término do curso de especialização.

Referências

1. Cesaretti IUR, Filippin MJ, Santos VLCCG. Tendências em Estomaterapia. In: Santos VLCCG, Cesaretti IUR. Assistência e Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.p. 479-494.
2. Cianciarullo TI. Especialização: a Contextualização do Futuro da Enfermagem. In: Santos VLCCG, Cesaretti IUR. Assistência e Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.p. 471-479.
3. Boccar de Paula MA, Santos VLCCG. O Significado de Ser Especialista para o Enfermeiro Estomaterapeuta. Rev latino-am enfermagem 2003; 11(4): 474-482.
4. Cesaretti IUR, Dias SM. Estomaterapia: Uma Especialidade em Evolução. Acta Paul Enf 2002; 15(4): 79-86.
5. Santos VLCCG. A Estomaterapia Através dos Tempos. In: Santos VLCCG, Cesaretti IUR. Assistência e Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.p. 1-17.
6. Associação Brasileira de Estomaterapia. Disponível em: URL: http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9. Acessado em: fevereiro 2013.
7. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
8. Lopes MJM. O sexo do hospital. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 76-105.
9. Birelo E, Domenico L.D, Aparecida C. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. Costardi Ide Acta Paul Enferm 2006; 19(4): 394-40.
10. Lopes GFJ, Ferraz BER. Caracterización del estrés en las enfermeras de unidades de cuidados intensivos. Rev. esc. enferm. USP, 2008 June ; 42(2): 355-362.
11. Dias SM, Cesaretti IUR. O Enfermeiro Estomaterapeuta e a Assistência em Estomaterapia: Emoções Representativas de Sofrimento e Prazer. Rev. Estima 2005; vol 3 (2).
12. Zanoto KF, Custódio DM de L, Elaine KD. Autonomia e trabalho do enfermeiro. Rev. Gaúcha Enferm. 2011 Set; 32(3): 487-494. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
13. Alva HA, Cássia BS. Ensino de educação do curso de graduação de enfermagem. Ver Brás. Enferm vol 63 n1 brasilian jan 2010.
14. Formiga JMM, Germano RM, Vilar RLA, Dantas SMM. Perfil do enfermeiro/aluno do curso de especialização PROFAE/RN; 2005. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil05.pdf.
15. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jun 1986. Seção 1, p. 9.273-5
16. Puschel VA de A, Inacio MP, Pucci PPA. Inserção dos egressos da Escola de Enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
17. Matsuda LM, Fonseca SC, Trigo IMR, Ferrel SM. O cuidado de quem cuida: reflexões acerca da (des) humanização do enfermeiro. Nursing (São Paulo). 2007; 10(109): 281-6.
18. Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP. 2010 Mar; 44(1): 154-160.
19. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3):492-9.

Artigo recebido em: 01/07/2013

Aceito para publicação em: 26/02/2014

¹ Enfermeira. Especialista em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté. Endereço: Rua Cica, 1740. Bloco 10; apto 303; cep. 13.206-475. Vila Garcia. Jundiá/SP. Email: mirelachavesenf@yahoo.com.br

² Enfermeiro Estomaterapeuta TiSobest. Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem, Coordenador do curso de especialização em Estomaterapia e Docente do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté. email: boccaradepaula@gmail.com

³ Enfermeiro Estomaterapeuta. TiSobest. Coordenador do curso de especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade de Taubaté e do curso de Enfermagem da Faculdade Teresa D'Avila em Lorena

Perfil de Crianças e Adolescentes Estomizados Atendidos de um Hospital Público do Distrito Federal*

Profile Of Children And Adolescents With A Stoma Seen In A Public Hospital In Brasilia, Brazil

Perfil de los Niños y Adolescentes Ostomizados Atendidos en un Hospital Público del Distrito Federal

Rev Estima - vol 12 (3) 2014 p. 23 - 32

Sandra de Nazaré Costa Monteiro¹, Ivone Kamada², Ana Lúcia da Silva³, Tacyana Cássia Ramalho de Souza⁴

Resumo

Este estudo foi desenvolvido com objetivo de conhecer o perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos em um hospital público do Distrito Federal. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa cuja a coleta de dados foi realizada no mês de junho de 2013 e foi considerado o intervalo de tempo dos prontuários inscritos no programa de assistência ao estomizado de abril de 2011 a junho de 2013. A amostra foi constituída de 50 pacientes com estomias gastrointestinais e/ou urinárias, tendo diagnóstico inicial provenientes de malformações congênitas, adquiridas e/ou traumáticas. Foi realizada análise estatística, com distribuição de frequência simples e percentual, e os resultados articulados com o referencial teórico. Identificou-se que o Megacólon Congênito (CID Q43.1) foi a malformação mais prevalente, com predomínio no gênero masculino e atingindo principalmente a faixa etária de 0 a 5 anos. Evidenciou-se que a maioria das crianças e adolescentes apresentavam colostomia temporária, e que o tempo de permanência da estomia variou de seis meses a um ano. Constatou-se, neste estudo, que a condição de estomizados pediátricos é vinculada, principalmente, a situações de malformações congênitas e que é necessário sistematizar o cuidado especializado e reabilitação.

Descritores: Estomia. Criança. Adolescente. Cuidados de enfermagem.

Abstract

This study was developed to determine the profile of children and adolescents with a stoma seen in a public hospital in Brasilia, Brazil. This was a cross-sectional quantitative descriptive study. Data were collected in June 2013 from medical records of patients enrolled in the Assistance Program for the Ostomy Patient from April 2011 to June 2013. The sample consisted of 50 patients who had a gastrointestinal or urinary ostomy and initial diagnosis of congenital, acquired or traumatic abnormalities. Statistical analysis was performed using simple and percentage frequency distributions and the results were compared with theoretical predictions. Congenital megacolon (ICD Q43.1) was the most prevalent malformation, occurring predominantly in

Artigo Original

males, especially in the age group 0-5 years. The majority of children and adolescents had a temporary colostomy. Time since surgery ranged from 6 months to 1 year. In this study, pediatric ostomy was mainly linked to congenital malformations. The results indicate that is necessary to systematize the specialized care and rehabilitation services.

Descriptors: *Ostomy. Child. Adolescent. Nursing care.*

Resumen

Este estudio se desarrolló con el objetivo de conocer el perfil de los niños y adolescentes ostomizados atendidos en un hospital público del Distrito Federal. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo, donde la recolección de datos se llevó a cabo en junio del 2013, fue considerado como periodo para los registros inscritos en el programa de asistencia al ostomizado de abril del 2011 a junio del 2013. La muestra consistió en 50 pacientes con ostomía gastrointestinal y/o urinaria, con diagnóstico inicial de malformaciones congénitas, adquiridas y/o traumáticas. Se realizó el análisis estadístico, con la distribución de frecuencia simple y porcentaje, y los resultados fueron articulados con el referencial teórico. Se identificó que el megacolon congénito (ICD Q43.1) fue la malformación más frecuente, sobre todo en los hombres y afectando, principalmente, al grupo de edad de 0-5 años. Se evidenció que la mayoría de niños y adolescentes tenían una colostomía temporal, y que el tiempo de permanencia del estoma osciló entre seis meses y un año. Se encontró en este estudio que la condición de ostomizado pediátrico está vinculada, principalmente, a situaciones de malformaciones congénitas y que es necesario sistematizar la atención especializada y la rehabilitación.

Palabras clave: *Ostomía. Niño. Adolescente. Enfermería.*

Introdução

A estomia intestinal é uma situação que atinge pessoas do sexo feminino, masculino, adultos, crianças e adolescentes. A condição de estomizado afeta as atividades laborais, sociais e sexuais. Atualmente, existe no Brasil e no mundo um grande contingente de pessoas com estomia.

Crianças e adolescentes podem adquirir estomas urinários ou gastrointestinais por diversas causas. As mais frequentes são as anomalias congênitas e traumas ocorridos durante o desenvolvimento e, em sua maioria, são temporários¹.

Pela legislação brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos incompletos e o adolescente aquele compreendido na faixa etária de 12 a 18 anos².

Considerando a faixa etária desses indivíduos e o caráter temporário na maioria dos casos de estoma, necessário se faz que as crianças e adolescentes estomizados tenham o devido cuidado e atenção, aumentando, assim, a

demanda por tratamento e reabilitação, o que, em linhas gerais, significa a aplicação de procedimentos terapêuticos globais e dinâmicos que objetivam promover a independência da pessoa com estomas, possibilitando a elaboração emocional de perdas e a aceitação da imagem corporal modificada³.

A esses pacientes estomizados devem ser fornecidos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança que lhes possibilitem maior conforto e melhor qualidade de vida; orientação sobre o manejo com a estomia para que previnam complicações, possam interagir socialmente, e busquem apoio familiar. Essa atenção é um aspecto importante para terapêutica e a reabilitação do paciente.

Neste sentido torna-se imperativo o planejamento de ações programáticas de reabilitação de pessoas com estomias gastrointestinais e urinárias, havendo necessidade de um atendimento multiprofissional, interdisciplinar e sistematizado, tomando como base as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

No Distrito Federal (DF), o cuidado ao estomizado ofertado na rede pública é gerenciado pelo Núcleo de Atenção Básica e do Estomizado, da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Em 2012 havia 785 pessoas estomizadas cadastradas, entre crianças e adultos⁵.

A avaliação da criança e do adolescente estomizado é realizada pela equipe de enfermagem do programa de assistência ao estomizado, onde o enfermeiro possui a competência e habilidades para avaliar as condições do estomizado por meio da consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia (o histórico deve contemplar dados relacionados aos aspectos sociodemográficos, da saúde em geral e outros aspectos relevantes, bem como o exame físico)⁶.

Em relação do estoma o enfermeiro estomaterapeuta pode avaliar as condições da pele periestomal e estoma, aderência aos equipamentos, limpeza entre outros, além de indicar o equipamento coletor mais adequado para cada estomizado.

Entre as inúmeras atividades desenvolvidas por esse profissional ao estomizado destacam-se as orientações quanto ao ato operatório, ao preparo prévio em geral, o estoma, aos equipamentos coletores, aos programas públicos de assistência e a Associação de Estomizados; a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados; a possibilidade de visita de uma pessoa estomizada que esteja reabilitada e outros⁶.

Chama atenção a mudança no perfil da pessoa estomizada, anteriormente constituído em sua maioria de pessoas idosas, adquire um formato diferente devido a acidentes e violência urbana, apresentando um número crescente de jovens e crianças estomizadas⁷.

Os dados sobre a situação dos estomizados em nosso país, apresentados pelo Ministério da Saúde (MS), são incipientes. Existem, apenas, estimativas acerca do assunto. A inexistência desses dados pode interferir no planejamento de Políticas

de Atenção ao Estomizado e na construção do perfil epidemiológico desse grupo específico.

A justificativa deste estudo está centrada na possibilidade de fornecer subsídios aos profissionais e gestores de saúde para que possam estruturar e planejar, sistemática e individualmente, um programa de reabilitação para essas pessoas e dessa forma oferecer assistência qualificada. Além disso, o estudo permite conhecer o perfil da clientela atendida e assim fomentar o desenvolvimento de estudos futuros nessa temática.

Objetivo

Conhecer o perfil de crianças e adolescentes estomizados atendidos em um hospital público do Distrito Federal.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa realizado no ambulatório de estomaterapia de um hospital público do DF, referência no atendimento de média complexidade em pediatria. A amostra foi constituída de 50 prontuários de pacientes cadastrados no programa de assistência ao estomizado e os dados coletados no mês de junho de 2013. Utilizou-se como critérios de seleção e inclusão dos sujeitos: todos os pacientes estomizados que adentraram ao programa a partir de 2011, momento em que o programa recebeu nova coordenação de enfermagem na regional.

Os dados coletados abrangem o período de abril de 2011 a junho de 2013 e realizada por meio de um roteiro estruturado, contendo dados sociodemográficos e clínicos. Utilizou-se as seguintes variáveis: sexo, idade, procedência, caráter da estomia, tempo de permanência com a estomia, tipo de estomia, desfecho atual, número de consultas de enfermagem e/ou retorno, tipo de equipamento coletor e adjuvantes de proteção e segurança da pele utilizado.

Os dados foram estruturados no *software* de análise de dados *Statistical Package For The*

Artigo Original

Social Science, versão 20.0. Foi realizada análise descritiva dos dados, com apresentação das frequências absoluta e relativa e, os resultados, discutidos com literatura pertinente.

Conforme prevê a Resolução n. 466/2012 o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a consulta à base de dados foi realizada após autorização da direção da unidade e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Recebeu parecer favorável em 22 de abril de 2013 sob o número de protocolo 251.308. Ressalta-se que não houve contato direto com os pacientes e por isso não gerou ônus para a instituição.

Resultados

No período de 2011 a 2013, foram computadas 262 internações cirúrgicas pediátricas no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), para confecção de vários tipos de estomias, sendo cerca de 206 (78,6%) dessas internações devido a malformações congênitas do aparelho digestivo. Entre os procedimentos mais realizados estão colostomias, enterectomias e gastrostomias⁸.

Até junho de 2013, existiam 50 pacientes cadastrados, destes apenas 27 estavam ativos, ou seja, participavam com frequência do programa, os quais recebiam equipamento coletor, adjuvantes para segurança e proteção da pele além de atenção especializada mensalmente realizada pelo enfermeiro(a) a nível ambulatorial.

Desse total de cadastrados, 80% (n.40) de crianças e adolescentes, tinham como causa para a confecção da estomia doenças provenientes de malformações congênitas. Em 48% (n.24) dos pacientes predominou o diagnóstico de Megacólon Congênito (CID Q43.1), seguida por 14% (n.7) de diagnóstico de Ânus Imperfurado (CID Q42.3) e outras anomalias 18% (n.9). Somente 10 20% (n.10) crianças e/ou adolescentes foram acometidos por causas de natureza mecânica, traumática e infecciosa entre as quais: obstrução intestinal, sepse, invaginação, perfuração e enterocolite perfurada. Neste estudo a prevalência da doença foi o Megacólon congênito

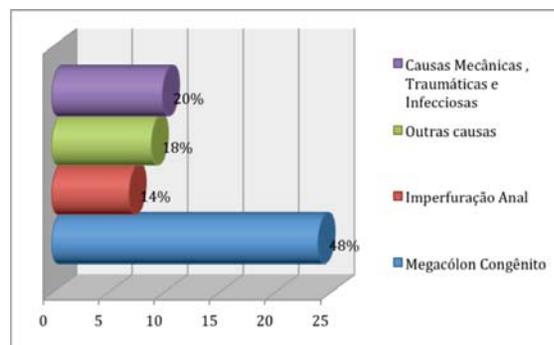


Gráfico 1: Distribuição das causas para a confecção de estomias de crianças e adolescentes assistidos em um hospital de referência de Brasília - DF, 2013. (n=50)

(Doença de Hirschsprung), um achado diferente de outras pesquisas, conforme observados no gráfico 1.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, relacionados a caracterização dos sujeitos, verifica-se um predomínio do gênero masculino 62% (n.31) em relação ao gênero feminino 38% (n.19).

A distribuição de faixa etária mostrou que grande parte do grupo investigado 84% (n.42) está compreendido no intervalo de zero a cinco anos, 8% (n.4) de seis a dez anos, 8% (n.4) de onze a dezoito anos de idade. No que se refere a procedência, a maioria 60% (n.30) das crianças e adolescentes estomizados deste estudo, residem em áreas administrativas do DF, os demais 40% (n.20) provém de outros estados como Goiás e Maranhão.

Em observância a Tabela 2, quanto ao caráter da estomia 98% (n.49) das crianças e adolescentes estomizados apresentavam estomas temporários, e apenas 2% (n.1) estomas definitivos. Os dados relacionados ao tempo de exteriorização de alça nos mostram que houve prevalência de 38% (n.19) dos estomizados permaneceram com estomia para eliminação intestinal por seis meses, 36% (n.18) mantiveram-se estomizadas por um tempo de sete meses a um ano e 26% (n.13) por um período superior a um ano. Esse dado mostra a grande variação do tempo de permanência com a estomia e a relação com as necessidades individuais de cada indivíduo e família.

Tabela 1 - Distribuição de crianças e adolescentes, segundo sexo, idade e procedência, Brasília – DF, 2013. (n=50)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	31	62
Feminino	19	38
Idade		
Menor que 1 ano	23	46
1 a 5 anos	19	38
6 a 10 anos	4	8
11 a ≤ 18 anos	4	8
Procedência		
DF	30	60
Outros Estados	20	40
Total	50	100

No que se refere ao tipo do estoma 68% (n.39) dos sujeitos pesquisados apresentavam colostomias e 23% (n.13) Ileostomias. Em nossa investigação tivemos estomizados com outros tipos de estomias (1,78%), como urostomia, gastrostomia, jejunostomia e esofagostomia respectivamente, porém chama atenção 9% (n.5) dos sujeitos que possuíam mais de um estoma, sendo estes: três estomizados com colostomia e ileostomia conjuntamente, e os outros dois estomizados, um com colostomia e esofagostomia e o outro com colostomia e urostomia.

Conforme a *Tabela 3*, que mostra o número de retornos e consulta com o enfermeiro para assistência especializada, orientações e aquisição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, houve a prevalência de 44% (n.22) que compareceu ao serviço de estomaterapia cinco vezes, seguidos de 12% (n.6) que compareceram para adquirir equipamentos coletores de dezesseis a vinte vezes. Vale lembrar que o número de retornos está relacionado ao tempo que o paciente permaneceu estomizado. Esses retornos eram agendados mensalmente ou antes caso o paciente necessitasse de materiais, apoio especializado ou esclarecer alguma dúvida.

Outra variável avaliada foi o uso de equipamento coletor drenável visualizada na *Tabela 4*, onde a maioria 96% (n. 46) das crianças e adolescentes estomizadas utilizaram o recurso e optaram por equipamento de uma peça 78% (n.39), duas peças 14% (n.7) e uma e duas peças 4% (n.2) associado a adjuvantes de proteção e segurança na apresentação pó, pastas e placas 74% (n.37).

Considerando o desfecho atual, neste estudo, 38% (n.19) de crianças e adolescentes estomizadas realizaram a reconstrução do trânsito intestinal, em contrapartida 52% (n.26) aguardavam para realizar a cirurgia de reversão e 2% (n.1) eram portadores de estomia definitiva. No período estudado 8% (n.4) foram à óbito devido à gravidade da doença que originou a estomia, evidenciando um quadro clínico de extrofia de cloaca, uma atresia de sigmóide com explosão de ceco e duas por megacólon congênito.

Discussão

No grupo investigado pode ser observado o predomínio das malformações congênitas, com especial destaque para a doença no Megacólon congênito. Em publicação do Departamento de

Artigo Original

Tabela 2 - Distribuição das variáveis clínicas de crianças e adolescentes estomizados assistidos em um hospital de referência de Brasília – DF, 2013. (n=50)

Variáveis	n	%
Caráter de estomia		
Temporária	49	98
Definitivo	1	2
Tempo		
Até 6 meses	19	38
7 meses a 1 ano	18	36
>1 ano até 2 anos	10	20
> Mais de 2 anos	3	6
Tipo		
Colostomia	39	68
Ileostomia	13	23
Outras estomias	4	7
Mais de uma ostomia	5	9
Desfecho		
Reconstrução	19	38
Continua com estoma	27	54
Óbito	4	8
Total	50	100

Saúde de Nova Iorque, em 1998 havia o registro de 3,4% de crianças nascidas vivas no Estado de Nova York apresentavam grandes malformações, sendo a maior incidência nas crianças do sexo masculino (3,9%), localizadas no sistema urinário (19,4%), digestório (6,7%) e respiratório (2,6%). Segundo as mesmas autoras aproximadamente 25% das admissões em hospitais pediátricos são de crianças portadoras de malformações congênicas de vários tipos¹.

Dados do Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênicas (ECLAMC) referentes a uma pesquisa realizada com 740.139 recém-nascidos vivos em 64 hospitais de diferentes países da América do Sul, inclusive o Brasil, demonstram uma prevalência de 2,3% de malformações entre 1967 e 1979⁹. Posteriormente outros estudo realizado entre 1994-95, a incidência

de defeitos congênicos atingiu 5%, já entre os anos de 2000-2001, os resultados obtiveram uma incidência de 1,4%⁹.

Um estudo realizado no Brasil¹⁰ corrobora com achados desta pesquisa onde a distribuição das doenças se assemelham. Treze (57%) crianças apresentavam anomalias anorretais, três (13%) crianças de megacólon congênito, duas (8%) crianças com enterocolite necrotizante, uma (4%) crianças com atresia, duas (9%) crianças com extrofia de bexiga e duas (9%) crianças sofreram trauma. Confirma ainda a colostomia como o tipo de estomia mais prevalente.

Acerca das principais causas para confecção de estomia em crianças, destaca-se anomalias anorretais, megacólon congênito, enterocolite necrotizante, hernia encarcerada, infecções com perfuração e invaginação intestinal¹¹.

Tabela 3 - Distribuição acerca da consultas de enfermagem de crianças e adolescentes estomizados assistidos em um Hospital de referência de Brasília – DF, 2013. (n=50)

Variável	n	%
Consultas de enfermagem		
1 a 5	22	44
11 a 15	4	8
16 a 20	6	12
21 a 25	5	10
Total	50	100

Tabela 4 - Distribuição acerca da adaptação ao equipamento coletor de crianças e adolescentes estomizados assistidos em um Hospital de referência de Brasília – DF, 2013. (n=50)

Variável	n	%
Adaptação		
Uma peça	39	78
Duas peças	7	14
Uma e duas peças	2	4
Uma ou duas peças e outros produtos*	37	74
Total	50	100

Salienta-se que no Brasil ainda não existe número estimado de crianças e adolescentes com estomias. As entidades envolvidas com a estomaterapia, pretendem iniciar pesquisa junto às regionais de atendimento para conhecer o contingente que vive nessa condição¹².

Sabe-se, entretanto que o número de pessoas estomizadas vem crescendo a cada dia. Essa, é uma realidade do Brasil e de outros países como Estados Unidos e Canadá¹³. No ano de 2012, no DF, haviam cadastrados no programa de atenção ao estomizado da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), uma população de 785 pessoas entre crianças, adolescentes e adultos, sendo 437 (58%) eram do sexo masculino⁵. A predominância do gênero masculino corrobora com estudos similares a este^{14,15}.

As causas que levam a confecção de estomas em crianças e adolescentes, geralmente são temporárias, e, na maioria das vezes realizadas no período neonatal para tratamento coadjuvante de atresias e malformações congênitas¹. Além disso, fatores inerentes ao próprio paciente tais como

idade, comorbidades associadas ao uso crônico de medicamentos, também exercem influência direta na morbidade dessas cirurgias¹⁶. Por serem temporárias, são realizadas colostomias em alça ou em duas bocas, com intuito de proteger uma sutura ou anastomose distal, sendo denominada de estoma “protetor”, para, assim facilitar a reconstrução do trânsito intestinal, posteriormente¹².

Neste estudo tiveram 2% de estomas definitivos, onde o adolescente com diagnóstico de mielomeningocele e hidrocefalia, aos sete anos de idade, foi submetido a confecção de colostomia à esquerda devido a perfuração intestinal, e por fatores impeditivos fisiológicas inerentes ao indivíduo, este estoma passou a caráter definitivo.

Esta pesquisa permitiu identificar um percentual elevado 74% (n.37) de sujeitos que permaneceram estomizados por um intervalo de tempo de seis meses a um ano, isso reforça a característica de estoma temporário, reduzindo possíveis complicações e traz conforto e alívio ao

estomizado e seus familiares. A criança, a depender da idade nem lembrará dessa experiência, e adolescente, por sua vez poderá expressar sua satisfação e felicidade pela realização da decolostomia.

Ressalta-se ainda, que o tempo de permanência com a estomia dependerá do fator causal e da evolução clínica do paciente, após a confecção do mesmo. Assim, uma estomia inicialmente temporário, poderá tornar-se definitivo, dependendo dos fatores impeditivos para a reconstrução do trânsito intestinal¹⁷. Outro fator levado em consideração é a necessidade de realização de várias cirurgias até chegar a reconstrução de estruturas atingidas pela malformação¹.

O predomínio da colostomia em relação a ileostomia, é um dado condizente com estudos anteriores^{14,18,19}. Aproximadamente até os dois anos de vida, as crianças são normalmente incontinentes. Dessa forma é necessário o uso de uma bolsa ou fralda, com a finalidade de proteger a pele. Vale ressaltar que a criança ileostomizada deve fazer uso do equipamento coletor, pois o efluente é enzimático e possui pH alcalino o que em contato com a pele pode ocasionar lesões¹.

No caso de colostomias com volume alto de efluente também é recomendável o uso do equipamento coletor e adjuvantes de proteção e segurança. Especial atenção deve ser dada aos ileostomizados em relação ao estado nutricional, pois verificou-se que, apesar de possuírem menor tempo de confecção da estomia, apresentaram médias relativas às variáveis antropométricas e bioquímicas inferiores, o que demonstra maior déficit nutricional se comparados aos colostomizados, os quais estavam estomizados por tempo, aproximadamente 2,5 vezes maior²⁰.

Em nossa investigação tivemos estomizados com outros tipos de estomias (1,78%), como urostomia, gastrostomia, jejunostomia e esofagostomia respectivamente, porém chama atenção 9% (n.5) dos sujeitos que possuíam mais de um estoma, sendo estes: três estomizados com colostomia e ileostomia conjuntamente, e os outros dois estomizados, um com colostomia e esofagostomia e o outro com colostomia e urostomia.

Esse dado revela a complexidade da existência de estomias em diferentes sistemas do corpo e com diferentes finalidades, bem como a vivência dessa

condição, pois assim surgem necessidade de cuidados específicos para cada estomia e entendimento mais elaborado por parte do estomizado e seus familiares a fim de evitar possíveis complicações.

Salienta-se ser bastante comum a realização de duas estomias nessa faixa etária da infância, sendo um proximal e outro distal, e que a demarcação deve permitir a utilização de um equipamento coletor que englobe as duas aberturas²¹.

A reconstrução do trânsito intestinal não está isenta de riscos cirúrgicos e apresenta taxas consideráveis de complicações pós-operatórias, porque a infecção continua a ser um dos maiores desafios²². Relata-se na literatura taxas de morbidade variando de 0 a 50% e de mortalidade 0 a 4,5%¹⁵, também constatadas em outros trabalhos^{23,24}.

Neste estudo 38% (n.19) dos estomizados na faixa etária de 0 a um ano de vida se beneficiaram do procedimento de decolostomia. Esse segmento de pacientes que reverteram a colostomia, não foi acompanhado pelo ambulatório de estomaterapia, portanto, não tivemos como estimar as possíveis complicações pós-cirúrgicas.

Entende-se que o cuidado à criança e ao adolescente com estoma exige, por parte das famílias, a aquisição de novas competências e habilidades que não fazem parte do seu cotidiano e para isso necessitam de apoio dos profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado²⁵.

Assim, referente ao profissional enfermeiro ressalta-se que a qualidade do cuidado em enfermagem tem sido palco de inúmeras discussões e muitas das conclusões que se chegou é que a utilização do processo de enfermagem, como forma sistemática de cuidar, pode contribuir de forma significativa com a melhoria da assistência²⁶.

Dessa maneira a implementação do processo de enfermagem por meio da consulta de enfermagem torna-se imprescindível para que o enfermeiro possa desenvolver os papéis específicos da enfermagem, bem como, para demonstrar a complexidade do cuidar, visualizados através de avaliações de suas próprias ações e que devem produzir melhoria na qualidade da assistência e na condição do paciente²⁶.

Nessa atividade em especial o enfermeiro realiza a avaliação do paciente como um todo,

elaborando o pensamento crítico a partir das informações obtidas na anamnese, planeja de forma objetiva as ações a serem desenvolvidas durante a execução do plano de cuidados específico e por fim dispõe de subsídios para refletir no processo de cuidados oferecidos e na qualidade da assistência com vistas a reabilitação do paciente estomizado.

Desta forma, as consultas de retorno são momentos ímpares para que enfermeiros e demais profissionais de saúde multidisciplinarmente, acolherem a criança, o adolescente e sua família, e oferecer orientações, acessíveis ao grau de instrução de cada um, enfatizando entre outros aspectos os cuidados com a estomia, sem no entanto negligenciar o indivíduo como um todo indivisível.

Importante também orientações acerca dos cuidados com a pele periestoma, demonstração da retirada e colocação de equipamentos coletores, esvaziamento e higiene da bolsa coletora, e demais cuidados e/ou orientações que geram habilidades específicas e que se aprimoram na medida em que se repetem¹².

Em relação aos equipamentos coletores, devem ser indicados aqueles disponíveis no mercado, acessíveis à criança. É assegurado o acesso e aquisição de tais equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança da pele aos estomizados cadastrados nos programa de atenção à saúde vinculado ao SUS.

Para crianças menores, há equipamentos coletores de uma e duas peças, drenáveis ou fechadas, recortáveis e com barreira de proteção. Já para crianças maiores e adolescentes, além dos equipamentos coletores, esses, contam também com proteção de resina sintética ou mista, placa plana e convexa, recortável ou pré-cortada e são equipamentos descartáveis e de uso único^{12,27}. Merece ser destacado a importância da escolha do equipamento coletor adequado, bem como o conhecimento do profissional enfermeiro que fará a indicação.

Conclusão

Este estudo possibilitou conhecer o perfil de crianças e adolescentes estomizados de um hospital público do DF, cadastrados no período de 2011 a 2013. A caracterização destes pacientes nos permitiu as seguintes conclusões acerca dos dados sociodemográficos: predominância de estomizados

do gênero masculino; idade de 0-5 anos; procedente de regiões administrativas do DF.

Em relação a caracterização das estomias, conclui-se: a causa que mais levou a confecção de estomias foi o megacólon congênito; houve predomínio de colostomias; estomas temporários; houve a prevalência 44% (n. 22) de estomizados que compareceram ao serviço de assistência ao estomizado até cinco vezes, a maioria preferiu utilizar o equipamento coletor de uma peça associado a materiais adjuvantes na apresentação pó, pastas e placas e a reconstrução do trânsito intestinal variou de seis meses à um ano.

Quanto ao desfecho atual 38% (n.19) realizaram reconstrução do trânsito intestinal, 52% (n.26) aguardavam a realização da cirurgia de decolostomia, 8% (n.4) evoluíram a óbito e 2% (n.1) possuíam estomia em caráter definitivo.

O caráter temporário dos estomas pediátricos é um diferencial. Neste sentido o estabelecimento precoce de uma assistência sistematizada que promova a reabilitação, minimize sofrimento e incentive o autocuidado torna-se primordial. No caso de crianças menores o incentivo para o cuidado deverá envolver os pais e/ou responsáveis.

Destaca-se a relevância de ações direcionadas para as demandas específicas deste grupo, em que o programa interdisciplinar de atenção ao estomizado, esteja estruturado para absorver tais necessidades. O complexo de saúde, ou seja, hospitais, ambulatórios de estomaterapia, clínicas de diagnóstico, articulados devem viabilizar e garantir a realização das reconstruções de trânsito intestinais e urinários em estomizados provisórios.

Vale mencionar que toda ação e cuidado visa promover maior qualidade de vida ao paciente. Entre as ações estão: otimizar a utilização do erário, investir em tecnologias de cuidado (equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança da pele), estruturar os espaços de assistência e capacitar profissionais na área da estomaterapia.

Conclui-se, assim que essa pesquisa pode subsidiar profissionais de saúde na assistência ao estomizado e fomentar a realização de outros estudos que beneficiem as crianças e adolescentes que se encontram nesta condição.

Referências

1. Santos VLGC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2005.
2. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente(ECA). Lei 8. 069 de 13 de julho de 1990. 3ª Edição. Brasília. Câmara dos deputados. Coordenação de publicações, 2001.
3. Ekman LL. Neurociência. Fundamentos para a reabilitação. Rio de Janeiro: Elsevier; 2002. 532p.
4. Ramos RS, Barros MD, Moura MS, et al. Pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 2012;20(3):280-6.
5. Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal(SES/DF). Cadastro de Pacientes no Núcleo de Atenção ao Estomizado. Estatística, 2012. Brasília-DF.
6. Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. Competência do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia (PGET). Rev. Estima; 2008;6(1)33-43.
7. Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Política pública: a saúde da pessoa ostomizada. Rev ABRASO. 2004a;(3):12.
8. Brasília. Núcleo de Coleta e Apresentação de Dados (NUCOAD) do Hospital Regional Materno Infantil de Brasília. Dados de admissão de pacientes submetidos a procedimento cirúrgicos no período de 2011 a 2013. Estatística. Junho de 2013. Brasília – DF.
9. Maciel ELN, Gonçalves EP, Alvarenga VA, et al. Perfil epidemiológico das malformações congênitas do Município de Vitória - ES. Cadernos saúde coletiva, Rio de Janeiro 2006;14(3): 507-518.
10. Seccani LME, Ribeiro PA, Gravalos S, et al. Estomas Intestinais em Crianças: Dificuldades Relatadas pelos Cuidadores Familiares no Processo de Cuidar. Rev Estima São Paulo. 2007; 5 (3): 16-21.
11. Silva GP, Freire DCD, Valença MP. Vivências dos Familiares no Processo de Cuidar de uma Criança Estomizada Experiencia de la Familia en el Proceso de Cuidado de un Niño con Ostomía Rev Estima 2010;8 (2):12-19.
12. Martins ML, Silva RDM, Ardigo FS et al. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente (PROENF) Associação Brasileira de Enfermagem, Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2006. 3(1): 105-144.
13. Carvalheira C. A realidade das Associações de Ostomizados no País. In: Santos VLGC, Cesaretti IUR, organizadores. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005. p.303-315.
14. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, et al. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. Texto Contexto Enferm 2009; 18(1): 140-6.
15. Bahten LCV, Nicoluzzi JEL, Silveira F, et al. Morbimortalidade da Reconstrução de Trânsito Intestinal Colônica em Hospital Universitário – Análise de 42 Casos. 2006; 26(2): 123-127.
16. Castro OAP, Vincenzi R; Franciulli EF, et al. Colostomias temporárias: quando fechar?. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2004; 50(3):238-239.
17. Sonobe HM, Barichello E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. Rev Bras Cancerol. 2002;48(3):341-48.
18. Silva JB, Costa DR, Menezes FJC et al. Perfil epidemiológico e morbimortalidade dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal: experiência de um centro secundário do Nordeste Brasileiro. ABCD, arq. bras. cir. dig. [online]. 2010; 23(3)150-153.
19. Oliveira RAN, Oliveira PG, Santos ACN, et al. Morbidade e mortalidade associadas ao fechamento de colostomias e ileostomias em alça acessadas pelo estoma intestinal. Rev. Col. Bras. Cir. [online]. 2012; 39(5):389-393.
20. Egito ETBN, Medeiros AQ, Moraes MMC, et al. Estado nutricional de pacientes pediátricos ostomizado Rev Paul Pediatr 2013;31(1):58-64.
21. Melaragno ALP. Estomas em Pediatria – peculiaridades do cuidado. In: Matsubara MGE, Vilela DL, Hashimoto SY et al. Feridas e Estomas em Oncologia: uma abordagem interdisciplinar. Lemar, São Paulo, 2012.
22. Biondo-Simões MLP, Brenner S, Lemos R, et al. Análise das complicações pós-operatórias em decolostomias. Acta Cir Bras 2000; 15(3): 53-57.
23. Carreiro PRL, Lázaro da Silva A, Abrantes WL. Fechamento precoce das colostomias em pacientes com trauma do reto: Um estudo prospectivo e casualizado. Rev. Coleg. Bras. Cir 2000; 27 (5): 298-304.
24. Curi A, Moreira Júnior H, Mascarenhas JCS, Moreira JPT, et al. Morbimortalidade associada à reconstrução de trânsito intestinal. – Análise de 67 casos. Rev Bras Coloproct 2002; 22(2): 88-97.
25. Poletto D, Gonçalves MI, Barros MTT, et al. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20(2): 319-27.
26. Lima NMM, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2 edição, Belo Horizonte: ABEEn, 2008/2009 232p.
27. Matsubara MGE, Vilela DL, Hashimoto SY et al. Feridas e Estomas em Oncologia: uma abordagem interdisciplinar. Lemar, São Paulo, 2012.

Artigo recebido em: 29/07/2013

Aceito para publicação em: 01/04/2014

¹ Enfermeira, Especialista em Estomaterapia, Mestranda do Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília – UnB; Brasília – DF, Brasil. Endereço: SQS 214 Bl K Apt 602 CEP 70403110 Brasília – DF. E-mail: sncomonteiro@yahoo.com.br

² Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília – UnB, Brasil.

³ Enfermeira, Estomaterapeuta, Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília – UnB; Brasília – DF, Brasil.

⁴ Enfermeira, Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem. Atua no Programa de Atenção ao Estomizado(PAE) do Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB), Brasília – DF.

* Artigo extraído da dissertação de Mestrado “Qualidade de vida: percepção de crianças e adolescentes estomizados e seus pais elou responsáveis”, 2013. PPGENF – Universidade de Brasília - UnB.

Viver com Estomia: Contribuições para a Assistência de Enfermagem

Living With a Stoma: Contributions to Nursing Care

Vivir Con Ostomía: Contribuciones Para el Cuidado de Enfermería

Rev Estima - vol 12 (3) 2014 p. 33 - 40

Sara Machado Mirand¹, Conceição de Maria Franco de Sá Nascimento², Maria Helena Barros Araújo Luz³, Elaine Maria Leite Rangel Andrade⁴, Alyne Leal de Alencar Luz⁵, Cynthia Roberta Dias Torres⁶

Resumo

Os estomizados, principalmente os de trauma abdominal, passam por mudanças e tem um grande impacto ao enfrentar a realidade nos aspectos biopsicossocial, fato que requer um cuidado de enfermagem holístico. O estudo teve como objetivo conhecer a vivência e adaptação dos pacientes em relação à estomia e suas atividades diárias. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 10 estomizados por trauma abdominal, cadastrados no programa de estomizados de um centro referência de Teresina-PI. A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2010, mediante entrevistas semiestruturadas. Da análise das entrevistas emergiram as categorias: conhecimento sobre a estomia; mudanças ocorridas no cotidiano referente à alimentação, lazer e trabalho; vivência de constrangimentos inerentes à estomia. Observou-se que os pacientes estomizados por trauma abdominal só tinham conhecimento do que é a estomia e sua finalidade, depois da cirurgia realizada. Outro fato importante destacado nas falas é que esses pacientes sofrem mudanças nos hábitos de vida semelhantes aos pacientes que realizaram estomias por outras causas, a diferença entre ambos, está no procedimento cirúrgico de urgência, que envolve risco de vida, além do fato de não terem uma preparação prévia para as mudanças de vida, acarretando brusca alteração no fator psicológico, por estar comprometendo sua qualidade de vida, principalmente no que se refere ao lazer e as atividades laborais. Conclui-se que é imprescindível uma assistência de enfermagem pautada na integralidade e nas dimensões de seu fazer, em virtude da vulnerabilidade e magnitude do comprometimento em vários aspectos da vida desses usuários.

Descritores: Estomia. Adaptação. Enfermagem.

Abstract

Ostomy patients, especially those whose stoma was created after abdominal trauma, undergo changes in lifestyle, have a great impact on biopsychosocial aspects when facing reality, and require a holistic nursing care. The purpose of this study was to learn about the experience and adaptation of patients regarding the stoma and their daily activities. This qualitative, exploratory, descriptive study was conducted with 10 patients with ostomies after abdominal trauma, who were enrolled in a assistance program for the ostomy patient of a reference center in Teresina (Piauí, Brazil). Data were collected through semi-structured interviews in February 2010. Using thematic discourse analysis, the following categories were defined: knowledge about ostomy; changes in the daily routine regarding feeding, leisure and work activities; and experiences of embarrassment related to the ostomy. Patients with ostomies after abdominal trauma had knowledge of what ostomy is and its purpose only after the

surgery was performed. Other important fact highlighted by the thematic discourse analysis was that these patients experience similar changes in lifestyle as do patients who had ostomy due to other causes. The difference between them is the life-threatening surgical emergency and the fact that trauma patients do not receive previous information about lifestyle changes associated with the procedure, which results in a sudden psychological change, affecting their quality of life, especially regarding recreation and work activities. We conclude that it is essential that nursing care be provided considering all of its aspects and dimensions due to the vulnerability of these patients and magnitude of their impairment in various aspects of life.

Descritores: Ostomy. Adaptation. Nursing.

Resumen

Los ostomizados, especialmente por traumatismo abdominal, sufren cambios y tienen un gran impacto al enfrentar la realidad en los aspectos bio-psico-sociales, este hecho requiere una atención integral de enfermería. El estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia y la adaptación de los pacientes en relación con el estoma y sus actividades diarias. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 10 ostomizados por traumatismo abdominal, inscritos en el programa de ostomizados de un centro de referencia de Teresina-PI. La recolección de datos tuvo lugar en febrero del 2010, a través de entrevistas semi-estructuradas. Del análisis de las entrevistas surgieron las categorías: conocimiento sobre la ostomía, los cambios diarios relacionados con la alimentación, el ocio y el trabajo, restricciones inherentes a la experiencia de la ostomía. Se observó que los pacientes ostomizados por traumatismo abdominal sólo tenían conocimiento de lo que es la ostomía y su propósito después de realizada la cirugía. Otro hecho importante que se destaca en el discurso es que estos pacientes sufren cambios en los hábitos de vida similares a aquellos pacientes que se sometieron a ostomía por otras causas, la diferencia entre ellos está en la cirugía de emergencia, que implica riesgo de vida, además del hecho de no tener una preparación previa para esos cambios en la vida, provocando cambios bruscos en el factor psicológico que afectan su calidad de vida, sobre todo cuando se trata de actividades de ocio y de trabajo. Se concluye que es esencial una atención de enfermería guiada por la integralidad y las dimensiones de su quehacer, en vista de la vulnerabilidad y la magnitud de la discapacidad en los diversos aspectos de la vida de esos usuarios.

Palabras claves: Ostomía. Adaptación. Enfermería.

Introdução

Estoma, palavra derivada do grego, significa a comunicação entre uma víscera oca e o exterior do corpo. Reconhecido como procedimento terapêutico, temporário ou definitivo, é indicado no tratamento de inúmeras patologias, com destaque para neoplasias colorretais, diverticulite, doenças intestinais inflamatórias e traumas, com perfuração do abdome em acidentes de trânsito, por arma de fogo ou arma branca, entre outros^{1,2,3}.

Por tratar-se de um procedimento invasivo e de exposição, os estomizados sentem um grande impacto ao enfrentar a realidade tanto no aspecto físico e psíquico, quanto relativos às dimensões sociais, espirituais, econômicas, culturais e até mesmo as sexuais destes pacientes^{4,5,6,7}.

Essas pessoas constituem uma parcela de pacientes que têm sua perspectiva de vida

modificada, principalmente pela imagem corporal alterada devido à presença do estoma. Além das alterações de hábitos alimentares e de higiene, precisam adaptar-se ao uso da bolsa coletora, fato que contribui para diminuir a autoestima, afetando sua vida e, frequentemente, conduzindo ao isolamento social, por sentir-se complexado e rejeitado⁸.

Assim sendo, a experiência de ter um estoma é compreendida como um acontecimento traumático e agressivo em virtude das perdas reais e/ou simbólicas desencadeadas e por alterar a fisiologia gastrointestinal, o estoma ocasiona mudanças na autoestima, imagem corporal e autoconceito, perda da capacidade produtiva e alterações na vida sexual, causando mudanças na vida laborativa, familiar, social e afetiva^{5,9,10}.

Para pacientes estomizados em decorrência de trauma, a situação ainda é mais crítica, pois se

por um lado diferenciam-se no âmbito clínico pela diversidade de lesões quanto à natureza e gravidade, existe a imposição de uma nova realidade repleta de restrições e com mudanças bruscas do hábito de vida que dificulta ainda mais a adoção de medidas de adaptação e reajustamento social¹¹.

Nestes casos, o processo de reabilitação se torna ainda mais difícil, pois a pessoa anteriormente apresentava-se em perfeito estado de saúde e repentinamente tem que se adaptar a uma nova realidade repleta de restrições. Além do desconforto, há o aumento dos gastos com medicamentos, bolsas coletoras e materiais necessários ao autocuidado, bem como aquisição de novos hábitos, entre eles a alimentação e enfrentamento de situações psicológicas desagradáveis na sua própria casa, com seus familiares, amigos ou parceiros.

Logo, este estudo justifica-se pela importância de se conhecer e compreender as pessoas estomizadas em situações de urgência, pois a partir do relato de suas vivências, a enfermagem planejará sua assistência não só visando os cuidados com o estoma, mas focada principalmente nos aspectos psicológicos, visto que o estresse vivenciado pelo paciente vítima de um trauma é bem mais intenso do que em outras situações em que há tempo para algum preparo.

Objetivos

Conhecer a vivência de pacientes estomizados em decorrência de trauma abdominal e a adaptação destes em relação à estomia e suas atividades diárias.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em fevereiro de 2010, com 10 estomizados por trauma abdominal, cadastrados em um programa de acompanhamento vinculado a um Centro de Referência a Estomizados da Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina – PI.

O método qualitativo é usado para explorar grupos ou experiências relacionados à saúde ou à doença, assim os participantes são selecionados propositalmente devido a suas experiências com relação ao fenômeno estudado, o que traz maiores informações das vivências práticas de cada sujeito¹².

Para a inclusão na pesquisa, utilizaram-se os seguintes critérios: ser paciente com estomia intestinal, provisória ou definitiva, em decorrência de traumas abdominais, de ambos os sexos, na faixa etária acima de 14 anos, por compreender que, os adolescentes e adultos jovens, em geral, estão mais expostos a traumas por acidentes e violências.

A coleta de dados ocorreu mediante a utilização de um roteiro de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas. Utilizou-se, também, um diário de campo, para registros dos sentimentos e outras percepções observados no momento da entrevista, o que permitiu maior aproximação com a realidade investigada. A coleta foi encerrada quando houve a saturação dos dados, levando-se em consideração a repetição dos conteúdos, falas, significados e singularidades das vivências, conforme sistemática desenvolvida em pesquisa qualitativa.

Após a realização de cada entrevista, foi feita a escuta atenta das gravações e, posteriormente, a transcrição para a leitura textual, objetivando dar mais fidedignidade da reprodução da fala, oferecendo a segurança para riscos de interpretações equivocadas.

A análise de dados efetuou-se após a transcrição na íntegra dos relatos, utilizando-se o método de análise de conteúdo, seguindo-se três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, com interpretação recomendada. Após essa etapa, aconteceram leituras aprofundadas, organização dos dados em grupos temáticos e, em seguida, organização em categorias, analisadas com base na literatura pertinente ao tema.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial (FACID) e aprovada em 25/01/2010, sob o protocolo nº 198/2009, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Para garantia da confidencialidade e anonimato dos depoentes, os referenciamos com a letra “E” seguido das siglas numéricas 1 a 10. Todos os participantes formalizaram a participação mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

As informações obtidas referentes às questões sócio-demográficas, econômicas e clínicas, estão descritas no quadro 1, e caracterizam os participantes do estudo.

Artigo Original

Entre os 10 pacientes com estomia intestinal decorrente de trauma abdominal, oito eram do sexo masculino. A faixa etária variou de 14 a 90 anos, sendo que oito pessoas tinham idade inferior a 60 anos, e uma na faixa etária superior a 60 anos. Portanto, a maioria em plena fase produtiva de vida. Quanto ao estado civil, os participantes do estudo apresentaram um perfil bem diversificado, pois quatro declararam ser solteiros, três casados e três divorciados.

Em relação ao tipo de estoma, observou-se que nove eram colostomizados e um ileostomizado, entre os quais três possuíam estoma definitivo. Quanto aos tipos de traumas que resultaram na realização da estomia, cinco eram decorrentes de acidentes de trânsito, dois por arma branca, dois por arma de fogo e um por queda acidental.

Discussão

Após descrição cuidadosa das entrevistas e por meio de agrupamento e organização das falas para validação dos dados, foram identificados os núcleos temáticos e emergiram as seguintes categorias: conhecimento sobre a estomia; mudanças ocorridas no cotidiano referente à alimentação, lazer e trabalho; vivência de constrangimentos inerentes à estomia.

Conhecimento sobre o estoma em pacientes por trauma abdominal

Quando questionados acerca do entendimento em relação à cirurgia para confecção do estoma, percebeu-se que, em virtude do caráter emergencial da cirurgia, os pacientes só tinham conhecimento do que é a estomia e sua finalidade, depois da cirurgia realizada. No caso das estomias realizadas por trauma existe prioridade na rapidez do atendimento e confecção do estoma para que o paciente tenha uma maior chance de sobreviver. Ao contrário das cirurgias eletivas, onde se pode ter o preparo e conhecimento prévio do procedimento e mudanças para adaptação.

“Eu tava no hospital e o doutor disse que eu tinha já que me operar e fazer essa cirurgia se não eu ia morrer [...]” (E02)

“Eu fiz duas cirurgias. A primeira tava dando uma hemorragia interna, aí fizeram a cirurgia e botaram umas compressas dentro de mim, um dia depois eu fiz essa outra cirurgia [...]” (E05)

“Só acordei três dias depois, aí eu fui para UTI, senti falta de ar e tive parada cardíaca. Fiz mais sete cirurgias, isso durante um mês e quinze dias. Tive infecção generalizada, aí fui me recuperando aos poucos após essa cirurgia [...]” (E08)

A realização da estomia, principalmente em situações de urgência e emergência, como é o caso dos pacientes estomizados por trauma abdominal, deixa marcas tanto físicas e psicológicas, quanto sociais. Esses pacientes passam por situações que vão desde o risco iminente de morte até alterações significativas no seu corpo como também nos seus hábitos.

Nem sempre, os pacientes são adequadamente esclarecidos sobre o termo de consentimento para a cirurgia. No entanto, a informação sobre todos os procedimentos a serem realizados é necessária, pois diminui o sentimento de isolamento do paciente e colabora para uma cooperação mútua na relação médico-paciente, além de facilitar o manejo com a estomia no período de reabilitação¹³. Nos pacientes estomizados por motivo de trauma, o esclarecimento sobre a estomia é iniciado em um segundo momento, pois há urgência em fazer o procedimento cirúrgico para aumentar a chance de vida dessas pessoas ou pelo menos minimizar as complicações.

Também verificou-se pelos relatos dos pacientes desse estudo, que os mesmos desconheciam a cirurgia para a confecção do estoma e só após a estabilização do quadro inicial é que vão tomando consciência das mudanças ocorridas em seu corpo e no estilo de vida.

Mudanças ocorridas no cotidiano referente à alimentação, lazer e trabalho de estomizados por trauma abdominal

Após a estomia, os pacientes se deparam com diversas mudanças no seu estilo de vida, alterações nos aspectos bio-psico-social e passam a manter um controle rigoroso nos seus hábitos de alimentação, atividades de lazer, trabalho e até mesmo nas suas atividades diárias básicas.

Ao abordar os sujeitos da pesquisa quanto à forma de alimentação depois de estomizados, muitos relataram que a mudança nos hábitos alimentares é intensa. Além da diminuição na quantidade de ingestão alimentar, pode-se observar que os mesmos fazem uso de alimentação liquidificada e que também

Quadro 1 - Características dos pacientes estomizados por trauma abdominal.

Características	N
Sexo	
Masculino	8
Feminino	2
Faixa Etária	
14-20	3
21-40	3
41-60	3
> 60	1
Estado Civil	
Solteiros	4
Casado	3
Viúvo	0
Divorciado	3
Tipo de Estoma	
Colostomia	9
Íleostomia	1
Jejunostomia	0
Urostomia	0
Tempo de Permanência	
Temporárias	7
Definitivas	3
Tipos de Traumas	
Acidente de Trânsito	5
Perfuração por Arma Branca	2
Perfuração por Arma de Fogo	2
Queda acidental	1
Categorias Encontradas	
Conhecimento sobre o estoma em pacientes por trauma abdominal	
Mudanças ocorridas no cotidiano referente à alimentação, lazer e trabalho de estomizados por trauma abdominal	
Vivência de constrangimentos inerentes à estomia	

Artigo Original

fazem restrição de alimentos como carne, leite e refrigerante, conforme relatos apresentados a seguir:

“Não pode comer coisa grossa, se não ela (estomia) fica ruim, fica toda hora defecando [...]” (E03)

“Não tomo mais leite nem refrigerante porque dá gases. Não como carne de porco, ovo, sardinha, camarão, caranguejo [...]” (E 08)

“Estou tentando me alimentar fazendo restrição de carne, por ser mais difícil a digestão. Me alimento mais de frango, por que meu intestino ficou reduzido e alterado [...]” (E10)

As mudanças alimentares do paciente estomizado precisam ocorrer a fim de evitar alguns desconfortos como a flatulência excessiva e, conseqüentemente, eliminações de gases e outras complicações, como a diarreia⁵. E, para isso eles passam a ter um controle alimentar rigoroso, fazem opção por alimentos de mais fácil digestão, reduzem a quantidade na tentativa de diminuir o número de evacuações e ainda evitam o consumo dos que causam eliminações de gases, como feijão, repolho, alface, entre outros.

No tocante às atividades de lazer, elegeram-se os relatos que fazem emergir a categoria:

“Agora eu só faço bordado [...]” (E04)

“Não consigo correr, botar peso. Deixei de jogar bola. Só fico em casa parado. Sinto muitas dores [...]” (E09)

“Só aqui mesmo assistindo televisão. Antes eu saía, andava de moto, saía para as festas, viajava para casa dos meus parentes. Agora fico só aqui em casa mesmo [...]” (E07)

Pode-se constatar, com relação à retomada das atividades de lazer, que as atividades ficaram restritas, dificultadas pelas limitações dos esforços físicos, fazendo com que os pacientes permaneçam a maior parte do tempo em casa e realizem atividades que não exijam extensa movimentação corporal.

Quando perguntados sobre as atividades laborais, obteve-se respostas como:

“Eu trabalhava na metalúrgica. Hoje em dia só fico aqui dentro de casa assistindo televisão [...]” (E07)

“Antes eu trabalhava e agora eu não estou podendo trabalhar. Faço tudo de antes, menos trabalhar. Às vezes eu fico muito cansado [...]” (E08)

“Não trabalho mais. Só fico em casa parado [...]” (E09)

É notório que depois da realização da estomia os entrevistados que trabalhavam deixaram de participar de suas atividades profissionais em virtude de suas restrições físicas e permanece a maior parte do tempo em suas casas, ociosos, sentindo-se inválidos e incapazes.

A estomia pode representar uma limitação ao projeto de vida destas pessoas e no caso de pacientes estomizados por trauma abdominal, o impacto da mudança de vida ainda é maior, pois os mesmos encontram-se em perfeito estado de saúde e repentinamente são obrigados a mudar drasticamente seus hábitos de vida. Nesse caso é necessária uma assistência intensificada desde o pós-operatório imediato até a total reabilitação para que seja possível este paciente obter uma boa qualidade de vida.

Vivência de constrangimentos inerentes à estomia

Outras respostas observadas nas falas demonstraram a ocorrência de constrangimentos em relação à estomia:

“Tô passando agora assim por causa dessa magreza minha aqui agora, eu tô magro [...]” (E01)

“Quando eu tô dentro do ônibus e a bolsa fica despregando, me melando [...]” (E09)

“Quando meus filhos tão aqui comigo e sai gases eu fico com vergonha [...]” (E08)

Percebeu-se, através dos relatos dos entrevistados, que além dos constrangimentos relacionados com a eliminação de gases e vazamento pela bolsa coletora, ocorre também o receio devido às mudanças com a aparência corporal, como é o caso da diminuição brusca e acentuada de peso, visto que o mesmo passa por restrições alimentares rigorosas.

Pode-se observar também que a maioria dos estomizados sofre mudanças ou tem dificuldades no retorno às atividades de lazer, em muitos casos não retomam suas atividades e quando fazem é apenas de modo parcial, por insegurança derivada da

qualidade dos dispositivos, ou ainda por medo de problemas gastrintestinais¹⁰.

Desse modo, é importante que o enfermeiro proporcione oportunidade para que o paciente verbalize suas preocupações, permitindo-os expandirem suas estratégias de sobrevivência. Esses pacientes e as famílias, que estão em contextos multiculturais ou que tem limitado suas capacidades, podem precisar de ajuda para entender essa situação¹⁴.

Outro fator observado no estudo relaciona-se à dificuldade do estomizado em se adaptar no ambiente de trabalho. Os limites ou perda da capacidade para o trabalho são definidos, na maioria das vezes, pelo próprio estomizado, que se classifica como alguém que está à margem da possibilidade de ser útil à sociedade.

As limitações, decorrentes da preocupação com os gases, vazamentos, eliminação de odor pelas fezes e desconforto também são impostos ao tipo de atividade, referidas como inapropriadas a determinadas profissões, assim como podem estar relacionadas às precárias qualidades das bolsas coletoras utilizadas e falta de preparo adequado para manuseá-las.

As pessoas estomizadas geralmente têm grandes dificuldades na volta ao trabalho, pois se sentem inseguras para continuar cuidando da estomia e ainda trabalhar. Assim, alguns acabam pedindo aposentadoria por invalidez, o que representa um problema econômico em virtude dessas pessoas serem muitas vezes as provedoras da família, fato que causa um desequilíbrio e mudanças no padrão de vida, além de ser mais um fator que causa problemas psicológicos para o paciente¹⁵.

Além disso, os pacientes estomizados se encontram frequentemente diante de outras situações complexas, tais como a exposição a uma série de constrangimentos sociais como barulho, a transpiração e os ruídos emitidos pela saída de gases, bem como o risco da apresentação de qualquer falha na segurança e qualidade do coletor, podendo ocorrer extravasamento de fezes pelo corpo, o que provoca o medo da exposição em público por parte desses pacientes¹⁶.

Um fator bastante abordado pelos pacientes foi a perda da função do esfíncter anal, que significa perder o controle de eliminação de gases e fezes, fato que expõe o paciente, uma vez que não há

momento certo para essa eliminação, o que causa vergonha no mesmo, devido ao odor desagradável. Essa eliminação de gases geralmente é acompanhada por ruídos sonoros, uma das maiores causas de constrangimento.

O portador de estomia, ao perceber uma possível situação de discriminação, afasta-se antecipadamente de grupos sociais. É uma estratégia comumente adotada por ele para evitar, além da discriminação por causa da deficiência física, sentimentos de pena e reações de aversão⁵.

Por ser uma circunstância de grande impacto, devido a tantas mudanças na rotina, nos costumes e por ocasionar alterações nos relacionamentos entre familiares e amigos, a presença da estomia leva o paciente a conviver e lidar com uma nova situação de vida. Ficam expostos ao contato com a deformação física, vivenciam sentimentos de baixa autoestima, e também, é o momento que a pessoa passa a tomar consciência das limitações em suas atividades da vida diária.

Além do exposto nas três categorias encontradas torna-se evidente que o processo de reabilitação é permeado pela complexidade e multiplicidade de barreiras físicas, sociais e psicológicas que deverão ser transpostas para que esses sujeitos voltem a realizar normalmente suas atividades cotidianas¹⁷.

Há que se entender o cuidado com base nesse contexto e pensar nos pacientes estomizados, particularmente as vítimas de situações traumáticas, numa perspectiva holística, articulando família e comunidade no cuidado ao indivíduo, bem como associando objetividade e subjetividade numa perspectiva de viabilizar as inter-relações e a integralidade da assistência.

Vale a pena salientar que a adaptação dos pacientes em relação às estomias, seja ela temporária ou definitiva, quanto as mudanças de hábitos de vida e as dificuldades encontradas foram semelhantes em ambos os casos.

Conclusão

A presente pesquisa possibilitou uma visão acerca da vivência do paciente estomizado por trauma abdominal e sua adaptação em relação à vida diária. Destaca-se que esses pacientes sofrem uma severa mudança de vida, o que pode estar

relacionado à ausência de um preparo prévio para cirurgia, além de problemas e riscos que acontecem durante e no pós-operatório. Verificou-se modificações nos hábitos de vida, principalmente no que se refere à alimentação, lazer e trabalho, além dos principais constrangimentos vivenciados por eles em seu dia a dia.

O enfermeiro está diretamente ligado ao processo de adaptação da pessoa com um estoma, uma vez que esse profissional tem papel primordial no preparo do paciente em relação ao autocuidado, aos recursos disponíveis, manuseio com a bolsa, prevenção de lesão da pele periestomal e outros agravos. As informações a respeito das alterações de hábitos de vida permite ao paciente ter esclarecimento sobre suas dúvidas em relação ao que é a estomia e de como proceder diante das alterações corporais, emocionais e sociais.

O estudo mostrou a necessidade da atenção dos profissionais da saúde para que sejam mais eficazes no sentido de viabilizar maiores esclarecimentos acerca do procedimento cirúrgico para confecção do estoma em situações de trauma e vislumbra, entre outros aspectos, contribuir para uma assistência de enfermagem especializada, pautada nos conhecimentos científicos, na integralidade do cuidado e nas dimensões de seu fazer, em virtude da vulnerabilidade e magnitude do comprometimento em vários aspectos da vida desses usuários, objetivando melhorar a qualidade de vida dos estomizados.

Finalmente conclui-se que o tema não se esgota no presente estudo e que o mesmo pode servir para estimular outras pesquisas, levando à reflexão dessa temática, principalmente pelo crescente aumento da violência urbana que nos leva cada vez mais a nos depararmos com pacientes nesta situação.

Artigo recebido em: 25/08/2013

Aceito para publicação em: 07/02/2014

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

² Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Professora adjunta do Colégio Agrícola da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

³ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí- UFPI. Pós-graduada em Estomaterapia pela Universidade de São Paulo.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

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

Referências

1. Barbutti RCS, Silva MCP, Abreu MAL. Ostomia, uma difícil adaptação. Rev SBPH 2008; 11 (2):27-39.
2. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2a ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 211-236.
3. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Scientia Medica 2008; 18(1): 26-30.
4. Bellato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. Texto Contexto Enferm 2006; 15(2): 334-42.
5. Silva AL, Shimizu HE. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(4): 483-90.
6. Salimena AMO. O cotidiano da mulher após a histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, 2007.
7. Santos VLCC, Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005.
8. Gemelli LMG, Zago MMF. O cuidado ao ostomizado na visão do enfermeiro. Cascavel (PR): Coluna do Saber, 2005.
9. Sonobe HM, Barichelo E, Zago MMF. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. Rev Bras Cancerol. [periódico na Internet] 2002[acesso 2012 Nov 22]; [8 páginas]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf
10. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da estomia no processo de viver humano. Texto Contexto Enferm 2007; 16(1): 163-67.
11. Fraga G, P, Mantovani M, Magna LA. Índices de trauma em pacientes submetidos à laparotomia. Rev Col Bras Cir. 2004; 31(5): 299-306.
12. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 14(4): 684-88.
13. Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. Rev Assoc Med Bras 2004; 50 (1): 41-7.
14. Borwell B. Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. Br J of Community Nurs 2009; 14(8):326-31.
15. Barros E JL, Santos SSC, Erdmann AL. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. Acta Paul Enfermagem 2008; 21(4): 595-601.
16. Gemelli LMG.; Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(1): 34-40.
17. Cruz EJER, Souza NVDO, Maurício VC. Reinserção da Pessoa com Estomia Intestinal no Mundo do Trabalho: uma Revisão Bibliográfica. Rev Estima 2011; 9(2): 31-8.

Prevalência, Fatores Associados e Classificação de Úlcera por Pressão em Pacientes com Imobilidade Prolongada Assistidos na Estratégia Saúde da Família

Prevalence, Associated Factors, and Classification of Pressure Ulcers in Patients With Prolonged Immobilization Enrolled in the Family Health Strategy

Prevalencia, Factores Asociados y Clasificación de la Úlcera por Presión en Pacientes con Inmovilidad Prolongada Atendidos en la Estrategia Salud de la Familia

Rev Estima - vol 12 (3) 2014 p. 41 - 49

Sandra Marina Gonçalves Bezerra¹, Maria Helena Barros Araújo Luz², Elaine Maria Leite Rangel Andrade³,
Telma Maria Evangelista de Araújo⁴, João Batista Mendes Teles⁵, Maria Helena Larcher Caliri⁶

Resumo

O estudo teve como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes acamados ou restritos a cadeira no domicílio assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina (PI), identificar a prevalência e fatores associados, estadiamento e localização anatômica de úlcera por pressão (UPP). Estudo descritivo realizado no período de maio a novembro de 2009 com 102 pacientes. Os resultados mostraram prevalência de UPP de 23,52%. Houve associação entre presença de UPP e idade avançada ($p=0,000$). A maioria dos pacientes era do sexo feminino (51,96%), viúvos (40,20%), pardos (61,76%), não alfabetizados (49,02%), com renda individual de até um salário mínimo (90%), moradia própria (78,43%) e UPP localizada na região sacrococcígea (79,16%) e em estágio IV (70,83%). Os dados evidenciam os problemas relacionados aos cuidados dispensados aos pacientes estudados e a necessidade de implementação de programa de assistência domiciliar.

Descritores: Prevalência. Úlcera por pressão. Enfermagem.

Abstract

The aims of this study were to identify the sociodemographic profile of bedridden patients or those confined to a wheelchair at home, who were enrolled at the Family Health Strategy in Teresina (Piauí, Brazil), and determine the prevalence, stage and anatomic location of pressure ulcers (PUs) in these patients. This was a descriptive study carried out from May to November 2009 with 102 homebound patients. The prevalence of PUs was 23.52%. A significant association was found between presence of PUs and advanced age ($p=0.000$). Most of patients were female (51.96%), widowed (40.20%), of mixed ethnicity (61.76%), illiterate (49.02%), had an individual income of up to one Brazilian minimum wage (90%), and owned a house (78.43%). Most PUs were located in the sacrococcygeal region (79.16%) and classified as stage IV (70.83%). The results

Artigo Original

indicate that there are problems with the care provided to the study participants and that the implementation of a home care program is needed.

Descriptors: Prevalence. Pressure Ulcer. Nursing.

Resumen

El estudio tuvo como objetivos: determinar el perfil epidemiológico de los pacientes confinados a la cama o a una silla de ruedas en su domicilio, atendidos por la Estrategia Salud de la familia (ESF) de Teresina (PI) e, identificar la prevalencia y los factores asociados, estadio y localización anatómica de la úlcera por presión (UPP). Estudio descriptivo realizado entre mayo y noviembre del 2009, con 102 pacientes. Los resultados mostraron una prevalencia de UPP del 23,52%. Hubo asociación entre presencia de UPP y edad avanzada ($p=0,000$). La mayoría de los pacientes era de sexo femenino (51,96%), viudos (40,20%), de color marrón (61,76%), analfabetos (49,02%), con una renta personal de hasta un sueldo mínimo (90%), vivienda propia (78,43%) y UPP situada en la región sacro-coccígea (79,16%) y en estadio IV (70,83%). Los datos ponen en relieve los problemas relacionados con la atención de los pacientes y la necesidad de implantación del programa de atención domiciliaria.

Palabras clave: Prevalencia. Úlceras por presión. Enfermería.

Introdução

Estudos nacionais revelam altos índices de incidência e prevalência de úlcera por pressão (UPP) que variam de 20 a 60%¹⁻³ o que a torna um problema para os serviços de saúde. Segundo as organizações internacionais *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* e *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* a UPP é “uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de combinação entre esta e forças de cisalhamento”⁴.

Em âmbito nacional, encontram-se poucos estudos que investigaram a UPP no domicílio. Em Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo foi conduzida uma investigação sobre as características sociodemográficas e clínicas, o risco para o desenvolvimento de UPP, a prevalência e características das úlceras, bem como, o uso e a adequação de medidas utilizadas para a prevenção de UPP no domicílio. A prevalência de UPP foi de 2,1% em pacientes que tinham menos de 60 anos e de 17% naqueles com 60 anos ou mais, sendo a prevalência total de 19,1%⁵. Internacionalmente, um estudo verificou prevalência de 3,3% de UPP no domicílio⁶. Esses estudos mostram diversificação dos índices de UPP, apontando a possibilidade de se obter resultados mais satisfatórios, com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de UPP podem ser classificados em

intrínsecos: idade, imobilidade, alteração da sensibilidade, incontinência urinária e anal, alteração do nível de consciência, desnutrição, desidratação e algumas doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade. Os fatores extrínsecos referem-se a pressão prolongada em determinada região do corpo; o cisalhamento; a fricção e a umidade que alteram o pH e enfraquecem a parede celular, aumentando a susceptibilidade da pele a lesões, favorecendo o surgimento de UPP. Verifica-se que os intrínsecos encontram-se relacionados ao paciente e os extrínsecos aos cuidados prestados, sendo a pressão prolongada, a principal causa do desenvolvimento de UPP^{7,8}.

Apesar de a UPP ser um fenômeno multifatorial, as principais variáveis envolvidas no seu desenvolvimento são o tempo e a intensidade da pressão. Por isso, pode ocorrer em períodos considerados curtos, pois, dependendo do paciente, o intervalo de duas horas, ou até menos, na mesma posição, pode ser suficiente para o desenvolvimento da lesão. Ou seja, pequena pressão por longo período ou grande pressão por pouco tempo poderão resultar em UPP^{7,8}.

Entre os pacientes que apresentam alto risco para o desenvolvimento de UPP destacam-se: os idosos, os que têm multimorbidades e aqueles com imobilidade prolongada⁹. Esses pacientes serão cada vez mais frequentes nos domicílios tendo em vista os processos de transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo nos países em

desenvolvimento, entre eles o Brasil. O primeiro processo ocasionado pela queda de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida. E o segundo resultante da redução das doenças infecciosas, parasitárias e aumento das crônicas não transmissíveis, assim como, mais recentemente verifica-se o aumento de traumas por acidentes de trânsito no trabalho e a violência urbana, resultando de incapacidades e dependência¹⁰.

Para atender as demandas desses pacientes nos domicílios brasileiros foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF) que constitui uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada pela implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes acompanham um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e visam desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, recuperação e reabilitação do indivíduo, mantendo bom nível de saúde e qualidade de vida¹¹.

Em Teresina, a saúde da família foi implantada em 1997 com 19 equipes e atualmente, funcionam 238, instaladas em quase todos os bairros da zona urbana e rural, com cobertura de aproximadamente 94% da população, estimada em 762.874 habitantes¹². Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visitam mensalmente as famílias da área de abrangência e comunicam as equipes os agravos de saúde, os quais são avaliados, acompanhados e encaminhados para especialistas quando necessário.

Ao longo dessa experiência, observa-se que a atenção básica, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dificuldades em relação à articulação com os outros níveis de atenção pela inexistência ou fragilidade do sistema de referência e contra-referência. Outros fatores que colaboram para essa situação são os problemas decorrentes da urbanização desordenada causada pela migração periódica, elevando o fluxo de área de pacientes do interior para a capital, em busca de acesso aos serviços de saúde de melhor qualidade mediante a precariedade da assistência nos municípios de origem.

Os dados da Fundação Municipal de Saúde de Teresina de 2010 referentes aos pacientes provenientes de outros municípios do interior e de estados vizinhos revelam que estes compõem mais

de 40% dos atendimentos, sobrepondo os custos com a população residente na capital¹².

Geralmente, o acesso dos pacientes que não residem em Teresina se faz pelo atendimento de urgência que tem porta aberta a população. Muitos municípios e estados da região Norte e Nordeste mantêm casas denominadas “pensões” para abrigar estas pessoas que encontram facilidade no atendimento em Teresina, resultando em sobrecarga dos serviços e falta de controle das ações de saúde planejadas para o município.

Este fato ocasiona dificuldades para as equipes da ESF, pois com frequência novos pacientes são agregados a estrutura de familiares residentes em Teresina fora da programação e por isso não conseguem dar continuidade as ações programáticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, desviando o foco para ações curativas. Frente a essas dificuldades, busca-se atender pessoas que se encontram com estado de saúde agravado e que muitas vezes são admitidas na equipe em situação de imobilidade prolongada e com UPP, o que gera indicadores de saúde irreais, por se tratar de pacientes provenientes de outros municípios, tendo um número elevado de UPP nas equipes da ESF.

A incidência de úlcera por pressão é considerada como um indicador da qualidade dos serviços de saúde e, faz-se necessária a avaliação sistemática do risco para o seu desenvolvimento em indivíduos acamados em domicílio, assim como, a classificação da UPP encontrada de acordo com a lesão, para orientação dos cuidados, implementação do tratamentos adequados e avaliar dos resultados. Dada a importância do tema e a escassez de publicações em nosso meio justifica-se a realização desse estudo para conhecimento da realidade local e a obtenção de subsídios para direcionar ações preventivas.

Diante do exposto, teve-se como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes com imobilidade prolongada assistidos pela Estratégia Saúde da Família; verificar a prevalência de UPP e os fatores associados e classificar a UPP quanto ao estadiamento e localização anatômica.

Metodologia

Estudo descritivo, transversal, com análise quantitativa de dados, realizado no período de maio

a novembro de 2009, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Coordenadorias Regional de Saúde Norte (CRS-Norte) de Teresina-PI.

Fizeram parte do estudo os pacientes residentes na área de cobertura da referida ESF que estavam em situação de imobilidade prolongada no período da pesquisa. A amostra foi de 102 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade a partir de 20 anos, ambos os sexos, estarem acamado ou restrito a cadeira e aceitar participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE ou quando impossibilitado, pelo seu responsável. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina (Protocolo CAA nº94/2009) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº0052.0.045.000.09).

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com questões estruturadas contendo duas partes: a primeira relacionava-se a dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, naturalidade, cor da pele, renda individual e moradia) e a segunda a dados de localização anatômica e classificação da UPP de acordo com as diretrizes da NPUAP e EPUAP para prevenção e tratamento⁴.

A coleta de dados ocorreu por meio de visita domiciliária, previamente agendada junto a ESF, e constituiu de entrevista, para obtenção de dados sociodemográficos, e inspeção da pele do paciente, para classificação do estadiamento e localização anatômica da UPP. A pesquisa foi realizada pelas pesquisadoras em até cinco dias por semana. O período foi de seis meses devido a dificuldade de agendamento e acesso aos pacientes com imobilidade prolongada.

Inicialmente eram realizadas visitas junto com a equipe da ESF, no entanto, a maioria dos pacientes visitados não tinha imobilidade prolongada e eram excluídos da pesquisa. Posteriormente, as pesquisadoras passaram a fazer o agendamento ao centro de saúde em dias de reuniões da equipe, onde foram agendadas as visitas com o ACS de acordo a disponibilidade dos mesmos. Em algumas casas, os pacientes estavam internados em Instituição Hospitalar, mudado de endereço, melhorado ou falecido, o que necessitou reagendamentos e

consequente demora para concluir a coleta de dados.

Para a análise de dados, foi realizada a codificação das variáveis e elaboração de um dicionário de dados, utilizando-se o processo de validação das informações coletadas, por meio de dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Uma vez corrigidos os erros de digitação, os dados foram exportados e analisados no programa SPSS Versão 16.0 (Statistical Package for Social Science). Estatísticas descritivas tais como: frequência e porcentagem foram calculadas.

Para buscar os fatores associados à UPP nos pacientes acamado, tais como sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, naturalidade, cor, número de pessoas na família, renda individual, renda familiar e moradia, utilizou-se para a análise estatística o Teste de qui quadrado (χ^2) de Pearson, sendo considerado significativo o valor de $p < 0,005$. Os resultados são apresentados em tabelas.

Resultados

Dos 102 pacientes pesquisados, verificou-se que 53 (51,96%) eram do sexo feminino, 81 (79,41%) tinham 60 anos ou mais de idade, 50 (49,02%) não eram alfabetizados, 41 (40,20%) eram viúvos, 63 (61,76%) de cor parda, 45 (44,12%), procedentes do interior do estado, 91 (90,10%) tinha renda individual de até um salário mínimo e 80 (78,43%) moravam em casa própria (Tabela 1).

Na associação de variáveis sociodemográficas e presença ou não de UPP, houve significância estatística somente para a variável faixa etária para pacientes com idade ≥ 60 anos $p=0,000$ (Tabela 1).

A prevalência de UPP foi de 23,52%, considerando que dos 102 pacientes, 24 apresentavam UPP. Foram encontradas 48 lesões, pois alguns pacientes apresentavam até cinco úlceras em diversas regiões do corpo, e várias categorias de desenvolvimento, no momento da avaliação.

A localização anatômica mais frequente das UPP foi a região sacrococcígea 19 (79,16%), seguida do calcâneo 10 (41,66), tuberosidade isquiática 7 (29,16%) e outros 3 (12,50%) representados por úlcera em região occipital e pavilhão auditivo (Tabela 2).

No que se refere a classificação das UPP quanto ao estadiamento, destaca-se que 17 úlceras (70,83%) estavam em estágio IV e 11 (45,83%) não puderam ser classificadas devido a presença de escaras (Tabela 3).

Discussão

Ao analisar-se as variáveis sociodemográficas dos pacientes que participaram do estudo, verifica-

se que a maioria eram idosas, do sexo feminino, ratificando a maior susceptibilidade de pessoas idosas e a feminização da velhice, necessitando do suporte familiar e dos serviços de saúde para que consigam obter melhor qualidade de vida e não venham necessitar de internações periódicas ou viverem em instituições de longa permanência para idosos¹³. Esse resultado corrobora com outro estudo nacional realizado na Bahia¹⁴ e demonstra a tendência ao envelhecimento da população brasileira, tendo

Tabela 1 – Associação dos dados sociodemográficos de pacientes com imobilidade prolongada em domicílio com e sem a presença de UPP. Teresina, 2009.

Variáveis		Presença de Úlcera por Pressão				Total		X ²	p
		Sim		Não		n	%		
		n	%	n	%				
Sexo	Masculino	13	26,53	36	73,47	49	100,00	0,472	0,492
	Feminino	11	20,75	42	79,25	53	100,00		
Faixa Etária	< 60	11	52,38	10	47,62	21	100,00	12,234	0,000
	..	13	16,05	68	83,95	81	100,00		
Escolaridade	-----	8	16,00	42	84,00	50	100,00	5,033	0,081
	Fundamental Incompleto	9	22,50	31	77,50	40	100,00		
	Fundamental completo	3	75,00	1	25,00	4	100,00		
	Médio incompleto	3	75,00	1	25,00	4	100,00		
	Médio completo	1	25,00	3	75,00	4	100,00		
Situação conjugal	Solteiro	5	33,33	10	66,67	15	100,00	1,507	0,471
	Casado/unido	10	25,64	29	74,36	39	100,00		
	Separado	3	42,86	4	57,14	7	100,00		
	Viúvo	6	14,63	35	85,37	41	100,00		
Naturalidade	Teresina	7	25,00	21	75,00	28	100,0	0,917	0,632
	Interior (PI)	12	26,67	33	73,33	45	100,0		
	Outros Estados	5	17,24	24	82,76	29	100,0		
Cor	Pardo	14	22,22	49	77,78	63	100,00	0,156	0,692
	Branco	9	26,47	25	73,53	34	100,00		
	Negro	1	20,00	4	80,00	5	100,00		
Renda Individual	< 1 sal. Mínimo	7	35,00	13	65,00	20	100,00	2,25	0,325
	1 sal. Mínimo	14	19,44	57	80,56	72	100,00		
	2 sal. Mínimo	3	30,00	7	70,00	10	100,00		
Moradia	Própria	18	22,50	62	77,50	80	100,00	1,962	0,161
	Alugada			4	100,0	4	100,00		
	Mora com filhos	6	37,50	10	62,50	16	100,00		
	Mora com amigos			22	100,0	2	100,00		
Total		24	23,53	78	76,47	102	100,00		

p = ≤ 0,005X² = qui quadrado

Tabela 2 – Distribuição da localização anatômica das UPP avaliadas. Teresina, 2009.

Localização anatômica das UPP	n	%
Sacroccígena	19	79,16
Calcâneo	10	41,66
Tuberosidade isquiática	7	29,16
Maléolo	6	25,00
Trocanter	3	12,50
Outros	3	12,50
Total	48	100,00

Tabela 3 – Distribuição da classificação das UPP avaliadas. Teresina, 2009.

Classificação das UPP	n	%
Estágio I	3	12,25
Estágio II	8	33,30
Estágio III	9	37,50
Estágio IV	17	70,83
Não classificável (escara)	11	45,83
Total	48	100,00

em vista o aumento da expectativa de vida decorrente da melhoria do acesso aos serviços de saúde e da qualidade de vida garantidos na política nacional do idoso¹⁵.

Por outro lado, reforça que a situação do homem constitui problema de saúde pública, justificando o surgimento da política de saúde do homem pela necessidade de fortalecimento de ações articuladas e serviços da saúde em rede, visando a redução de agravos e aumento da expectativa de vida do gênero masculino¹⁶.

Em relação à escolaridade, foi considerado analfabeto quem não sabia ler e escrever. As pessoas que frequentaram a escola ou sabiam ler pouco e assinar o nome, mas não lembravam quantos anos tinham de estudo foram incluídos na categoria ensino fundamental. O número de analfabetos foi elevado considerando outros estudos, como a pesquisa realizada na região sudeste, na qual foi encontrado maior prevalência de ensino fundamental (43,14%), apesar de também ter sido elevado o número de analfabetos (28,8%)⁵. Isso pode ser justificado pela dificuldade de acesso, deficiência de políticas da

época que não estimulavam o ensino de pessoas de baixa renda, uma vez que as iniciativas que existiram foram pouco efetivas, principalmente no que se refere às mulheres e a região nordeste.

Quanto ao estado civil, a viuvez chamou atenção e pode estar associada a predominância de idosos, podendo também influenciar na diminuição da mobilidade e levar a redução da atividade física e depressão. Em um estudo sobre UPP que relacionou a atividade física e o estado de saúde mental de idosos foi constatada associação entre sedentarismo e depressão. A prevalência de demência foi de 13,8% e a de depressão de 19,7%, demonstrando que estas comorbidades constituem problema de saúde pública e requer atenção para evitar sofrimento desnecessário àqueles idosos que não recebem tratamento específico e adequado, o que poderia diminuir as dificuldades para os familiares do paciente e, conseqüentemente, redução dos custos financeiros à sociedade e ao poder público¹⁷.

Quanto à naturalidade, percebe-se que Teresina por ser a capital do Estado, é referência no atendimento à saúde, tanto para o interior do estado

como para municípios interestaduais circunvizinhos. Este fato está relacionado a ocorrência de muitos pacientes, na situação de acamado, virem em busca melhores serviços de atendimento à saúde, deixando de viver em suas cidades do interior para morar com filhos, em pensões ou constituírem estrutura domiciliar na capital, para melhor cuidado e acesso aos serviços de saúde.

A cor da pele mais encontrada foi a parda, provavelmente pela miscigenação que ocorreu no nordeste do Brasil, com a imigração de negros e brancos desde a sua colonização. Em contraposição, um estudo realizado em UTI do interior do estado de São Paulo¹⁸ predominou da pele branca, mostrando o perfil étnico da região sudeste.

A renda individual, para a maioria dos entrevistados é de até um salário mínimo, coerente com o baixa escolaridade e remuneração de idosos, possivelmente aposentados pela previdência social. Tal fato demonstra a escassez de recursos financeiros desses pacientes, podendo levar seus familiares a várias dificuldades no processo de cuidar, uma vez que a situação de acamado ou cadeirante exige o dispêndio de mais recursos financeiros com materiais e equipamentos para o cuidado, bem como da disponibilidade de pessoas para cuidar dos mesmos.

Quanto à moradia, a maioria dos entrevistados residir em casa própria pode ser decorrente do apoio e suporte obtido por políticas públicas de habitação efetiva, entretanto alguns moravam com os filhos e pequena parte em casas alugadas. Ter domicílio próprio é um dado relevante devido a tranquilidade do acamado e redução de gastos por não ter que envolver a renda para despesas com aluguel.

Com relação a prevalência, foi 23,52%. Em pesquisa realizada⁵, em pacientes também no domicílio, encontrou-se prevalência de 2,10% em pacientes com menos de 60 anos, 17,00% acima de 60 anos, e a total de 19,10%, dado esse que se aproxima ao resultado encontrado neste estudo.

Pesquisa realizada em instituição de longa permanência¹³ apontou prevalência de 25,90% de UPP em idosos residentes, enquanto em outro estudo desenvolvido em unidade hospitalar do nordeste, comparando o tempo de internação, encontrou prevalência de 60% de UPP¹⁹.

Foi constatado em estudo realizado em um hospital público de São Paulo, que 68% dos pacientes desenvolveram UPP, sendo que 43,7% eram pré úlcera². Em outra pesquisa realizada em um hospital universitário no mesmo estado¹, verificaram que a incidência global de UPP foi de 39,8%, sendo especificamente, 42,6% na clínica médica e 41,0% na UTI. Em outro estudo realizado em com pacientes de um hospital público³ os autores encontraram prevalência de 25,6%.

Observa-se com esses dados acerca de prevalência de UPP que os números são diversificados e elevados, considerando o contexto do domicílio, hospitalar e das instituições de longa permanência para idosos, fazendo-se necessário um olhar mais atento e com fundamentação científica do ponto de vista de avaliação prévia do serviço, implantação de protocolos de prevenção, acompanhamento e supervisão de pacientes com imobilidade prolongada.

A análise da correlação entre a idade e a ocorrência ou não de UPP mostrou a associação estatisticamente significativa entre pacientes com idade igual ou acima de 60 anos e a ocorrência de UPP (Tabela 1). Esse dado diverge de outro¹⁸, realizado com pacientes em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital localizado na região sudeste, em que não houve diferença estatisticamente significante em relação a faixa etária de pacientes com e sem UPP.

Quanto ao número de UPP, verificou-se que dentre os 24 pacientes que apresentaram UPP, em alguns foi identificado mais de uma lesão, perfazendo um total de 48 UPP em diferentes localizações anatômicas e categorias de evolução. A região sacrococcígea, calcâneos e tuberosidade isquiática foram as áreas mais atingidas, tais características se associam a posição em que geralmente se encontram pacientes acamados e cadeirantes quando ficam a maior parte do tempo em decubito dorsal e sentados respectivamente. Este resultado corrobora com achados de outros estudos^{7,19} e a literatura que mostram que a pressão e imobilidade prolongada são principais fatores de risco para o desenvolvimento de UPP

Neste estudo observou-se quanto a classificação da UPP, que a categoria IV foi a mais prevalente de acordo com a EPUAP/NPUAP⁴, na

qual, há comprometimento de tecidos mais profundas como músculo e até o osso, possibilitando infecções locais e generalizadas, podendo resultar inclusive em óbito. Esses dados divergiram de outros estudos^{1,2,20} que encontraram resultados, na maioria das vezes, de UPP em categoria I e II. Esses resultados apontam a idade avançada e o tempo de acamado superior a um ano da maioria dos pacientes, assim como, a deficiência dos serviços públicos de atendimento domiciliar, falta de preparo dos cuidadores e do apoio e suporte de profissionais de saúde da ESF.

Vale ressaltar que a ESF de Teresina, muitas vezes, já recebem pacientes provenientes do interior e dos estados vizinhos na condição de acamado e já com UPP em estágios de evolução avançados, acarretando sobrecarga dos serviços, o que pode interferir nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, preconizada pela Política de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.

Conclusões

Conclui-se que com esta pesquisa realizada com 102 pacientes com imobilidade prolongada atendidos na ESF, apresentaram o perfil sociodemográfico em que a maioria era idosos, do sexo feminino, idosas, viúvas, analfabetas, procedentes do interior do Piauí e de estados vizinhos, cor parda, de baixa renda e com moradia própria.

Foi encontrada prevalência de UPP de 23,52% e houve associação significativa entre presença de UPP e idade avançada. As UPP mais frequentes foram localizadas nas regiões sacrococcígea, trocantérica e calcâneo, classificadas na categoria IV e não classificáveis devido a presença de escara.

Considerações finais

Pode-se inferir que estes fatos denotam problemas relacionados aos cuidados dispensados aos pacientes estudados, provavelmente, devido à falta de mudança de decúbito periódica em pacientes com imobilidade prolongada, além das condições socioeconômicas precárias, o que interfere na

nutrição, na aquisição de dispositivos mais adequados para redistribuição de carga mecânica e adequação do tratamento.

Constata-se a importância da atuação da Saúde da Família em Teresina e a necessidade da implantação de um serviço de assistência domiciliar que atenda pacientes acamados ou cadeirantes e que elabore protocolos de prevenção e tratamento da UPP que embasem a prática clínica.

Observa-se também, que as equipes da ESF existentes estão sobrecarregadas de atividades e não têm disponibilidade de tempo para fornecer o suporte que os pacientes acamados ou restritos a cadeira necessitam, como supervisão periódica e, em alguns casos, diariamente, inclusive nos finais de semana.

Espera-se que estes dados possam estimular a implantação de um Programa de Assistência Domiciliar para subsidiar as equipes da ESF no que se refere a assistência de pacientes com imobilidade prolongada no domicílio para prevenção de UPP e outros agravos, capacitar cuidadores e assegurar o acompanhamento desses pacientes visando a melhoria da assistência a saúde.

Ressalta-se como limitação do estudo a inexistência de um sistema de informação municipal sistematizado, para a obtenção de registros atualizados, além da dificuldade de acesso aos domicílios e restrição da possibilidade de ampliação da amostra mediante a ausências de pacientes em virtude de mudança de endereço, internação hospitalar e óbito.

Agradecimento

Aos professores da Universidade Federal do Piauí: Dra. Lidya Tolstenko Nogueira, Dra. Claudete de Souza Monteiro, Dra. Maria Eliete Batista Moura, Dr. Francisco das Chagas de Sá Pádua e todos os integrantes das Equipes da Estratégia Saúde da Família da Coordenadoria Regional de Saúde-Norte da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI

Referências

1. Rogenski NMB, Santos VLCCG. Incidence of pressure ulcers at a university hospital. *Rev. Lat. Am. de Enfermagem*. 2005; 13(4):474-480.
2. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Clinical and epidemiologic evaluation of pressure ulcers in patients at the Hospital São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004; 50(2):182-187.
3. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass, VJ. Prevalence of pressure ulcers in critical patients hospitalized in a university hospital. *REME-Rev. Mineira de Enfermagem*. 2008; 8(2):316-320.
4. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
5. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Pressure ulcer in patients under home care. *Acta paul. enferm*; 2010;23(1): 29-34.
6. Kottner J, Lahmann N, Dassen TPflege Z. Pressure ulcer prevalence: comparison between nursing homes and hospitals. *Pflege Z*. 2010;63(4):228-31.
7. Wilkson JM, Leuven KV. Integridade da Pele e cicatrização de ferida. In: Wilkson JM, Leuven KV. Fundamentos de enfermagem: teoria, conceitos e aplicações. São Paulo:Roca; 2010,p. 964-1001.
8. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 2008, p.121-138.
9. Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Profener F, von Renteln-Kruse W. Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. *Dtsch Arztebl Int*. 2010; 107(21):371-81.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.[citado 2011 Ago 02].Disponível em:http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf .
11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa saúde da família. [citado 2011 Ago 02].Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149
12. Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Programa saúde da família. [citado 2011 Ago 02].Disponível em: <http://saude.teresina.pi.gov.br/psf.asp>.
13. Vilanova GC, Takebayashi RB, Yoshitome AY, Blanes L. Avaliação de Risco e Prevalência da Úlcera por Pressão em Idosos Residentes em uma Instituição de Longa Permanência Filantrópica da Cidade de São Paulo.*Rev Estima - 2009*; 7(1):12 – 19
14. Anselmi M L, Peduzzi M, França J I. Incidence of pressure ulcer and nursing interventions.2009; 22(3): 257-264.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Ação Integral a Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde;2007. [citado 2013 jan 23].Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Ação Integral a Saúde do Homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde;2008. [citado 2011 Ago 02]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
17. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 302-307. Epub February 29, 2008.
18. Fernandes LM, Caliri MHL. Using the braden and glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units. *Rev. Latino. Am. de Enfermagem*. 2008;16(6):973-978.
19. Nogueira PC, Caliri MHL Larcher, Haas VJ. Profile of patients with spinal cord injuries and occurrence of pressure ulcer at a university hospital. *Rev. Latino. Am. de Enfermagem*. 2006;14(3):372-377.
20. Serpa LF, Santos VLCCG, Oliveira AS, Caetano VC, Donadon SR. Incidência de Úlceras por Pressão em Pacientes Críticos. *Rev Estima*. 2011; 9(3): 21-26

Artigo recebido em: 27/08/2012

Aceito para publicação em: 24/03/2014

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí -UFPI. Docente da UEMA e Diretora da Unidade Integrada de Saúde Parque Piauí. E-mail: sandramarina20@hotmail.com. Rua Regeneração nº 290 apt. 1001 ed. Mondrian Ilhotas Teresina-PI CEP: 64001-690

² Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery, Enfermeira Estomatoterapeuta. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail:mhelenal@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail:elairgel@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail:telmaevangelista@gmail.

⁵ Especialização em Epidemiologia pela Universidade Federal do Piauí, Brasil(1992) Professor titular da Universidade Federal do Piauí. Email: pesquisa@amostragem.com.br

⁶ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP) Brasil. E-mail: mbcaliri@eerp.usp.br

Caracterização das Úlceras por Pressão em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva

Evaluation of Pressure Ulcers in Intensive Care Unit Patients

Caracterización de las Úlceras por Presión en Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos

Rev Estima - vol 12 (3) 2014 p. 50 - 57

Elizabeth Mesquita Melo¹, Dina Geisa Rafael Nogueira², Mayerli Araújo de Lima³

Resumo

Objetivou-se caracterizar as úlceras por pressão em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Estudo retrospectivo, exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital público, em Fortaleza-Ceará, com 59 pacientes. A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2010, a partir da consulta aos prontuários, com um roteiro de levantamento de dados. Os resultados foram organizados em um banco de dados, sendo expostos em tabelas e gráficos. Os aspectos éticos foram considerados. A faixa etária predominante foi de 73 a 89 anos (44%), sendo a média de idade 66 anos; 54,2% eram mulheres. O diagnóstico mais comum foi o acidente vascular encefálico (30,5%), seguido das pneumopatias (22%) e cardiopatias (15,2%); 57,6% evoluíram para óbito, enquanto 42,4% foram transferidos para a unidade de internação ou para outra instituição; 92% necessitaram de suporte ventilatório invasivo. A região mais acometida pela úlcera foi a sacral (62,71%) e em 52,4% dos pacientes esta evoluiu para o estágio II. Quando foram associadas as variáveis tempo de internação e estágio da úlcera, não houve diferenças significativas. Diante do exposto, observa-se que os pacientes críticos necessitam de maior atenção por parte da equipe multiprofissional, pois estão mais propensos a adquirirem as úlceras, pela gravidade e dificuldade na mobilização.

Descritores: Úlcera por pressão. Pacientes internados. Unidade de terapia intensiva.

Abstract

The aim of this study was to evaluate pressure ulcers in intensive care unit patients. This was a retrospective, quantitative, exploratory, descriptive study conducted with 59 intensive care unit patients from a public hospital in Fortaleza (Ceará, Brazil). Data were collected from medical records using a standardized form between August and September 2010. The results were entered into a spreadsheet and presented as tables and graphics. Ethical considerations were met. The main age group (44%) ranged from 73 to 89 years and the mean age of the participants was 66 years; 54.2% of patients were women. The most common diagnosis was stroke (30.5%), followed by lung diseases (22%) and heart diseases (15.2%); 57.6% of the patients died, and 42.4% were transferred to an inpatient unit or other institution; 92% needed invasive ventilatory support. The sacral region was the most affected by ulcers (62.1%) and 52.5% of patients had stage II ulcers. No significant association was found between length of hospital stay and stage of pressure ulcers. The results show that critical

patients need more attention from the multidisciplinary team because they are more likely to develop pressure ulcers due to the severity of their condition and impaired mobility.

Descriptors: Pressure ulcer. Inpatients. Intensive care unit.

Resumen

El objetivo fue caracterizar las úlceras por presión en pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Estudio retrospectivo, exploratorio descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado en la UCI de un hospital público, en Fortaleza-Ceará, con 59 pacientes. La recolección de datos fue realizada en agosto y septiembre del 2010, a partir de la consulta de las historias clínicas, con una guía para recojo de datos. Los resultados fueron organizados en un banco de datos, siendo presentados en tablas y gráficos. Fueron considerados los aspectos éticos. El rango de edad predominante fue de 73 a 89 años (44%), siendo la media de edad 66 años; 54,2% eran mujeres. El diagnóstico más común fue el accidente vascular encefálico (30,5%), seguido de las neumopatías (22%) y cardiopatías (15,2%); 57,6% llegaron a fallecer, mientras que 42,4% fueron transferidos a la unidad de internación u otra institución; 92% necesitaron soporte ventilatorio invasivo. La región más afectada por la úlcera fue la sacra (62,71%) y en 52,5% de los pacientes esta evolucionó hacia el estadio II. Cuando fueron asociadas las variables tiempo de internación y estadio de la úlcera, no hubo diferencias significativas. Frente a lo expuesto, se observa que los pacientes críticos necesitan mayor atención por parte del equipo multiprofesional, debido a que son más propensos a contraer úlceras, por el cuadro de gravedad y la dificultad en la movilización.

Palabras-claves: Úlcera por presión. Pacientes internados. Unidad de Cuidados Intensivos.

Introdução

As úlceras por pressão (UP) constituem um importante problema vivenciado pelos profissionais da saúde, podendo ser consideradas um problema de saúde pública, pois geram ônus e afetam milhões de pacientes, seja no domicílio ou nas instituições hospitalares e, em particular, nas unidades de terapia intensiva (UTIs), visto que os pacientes encontram-se acamados, geralmente sem condições de mobilização em decorrência da gravidade do seu quadro clínico.

A UP se configura como uma das complicações a que estão sujeitos principalmente pacientes internados em uma UTI, uma vez que estes estão expostos a inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de lesão¹. A UP é definida como uma área localizada de tecido mole infartado que ocorre quando a pressão aplicada a pele é superior a pressão de fechamento capilar normal, constituindo área causada por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores².

A tolerância dos tecidos à pressão e a isquemia dependem da natureza dos próprios

tecidos, sendo influenciada pela habilidade da pele e das estruturas de suporte, como vasos sanguíneos, colágeno e fluido intersticial, em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido para a estrutura do esqueleto³.

Dados epidemiológicos demonstram que as taxas de incidência e prevalência das UP são mais elevadas em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI)⁴. A UTI encontra-se entre as unidades com maior risco para o desenvolvimento de UP, por apresentar pacientes em estado crítico com associação de terapias complexas, necessidade de vigilância e controles mais rigorosos⁵. Assim, torna-se essencial atenção maior a prevenção das lesões nesses pacientes, enfocando a mudança de decúbito e a observação contínua da integridade da pele.

O paciente criticamente enfermo tem uma pressão de fechamento capilar alterada, o que favorece o desenvolvimento da UP⁶. Some-se a esse fato, seu quadro de instabilidade hemodinâmica, o uso de prótese respiratória e a monitorização contínua, dificultando a mudança freqüente de decúbito ou até mesmo a movimentação durante a higiene corporal.

A pressão da pele sobre as proeminências ósseas superior à pressão normal de fechamento capilar, leva à isquemia local em pacientes acamados. O sinal inicial do surgimento da UP é o eritema devido à hiperemia reativa. A pressão não aliviada resulta em isquemia (morte do tecido), com conseqüente rompimento cutâneo e destruição progressiva dos tecidos subjacentes².

Constituem fatores de risco para o surgimento de UP: pressão prolongada sobre o tecido, imobilidade ou mobilidade prejudicada, perda de reflexos de proteção (perda sensorial), má perfusão da pele, edema, desnutrição, hipoproteinemia, anemia, deficiência de vitaminas, atrito, força de cisalhamento, trauma, incontinência (urina e fezes), umidade da pele alterada (excessivamente seca ou úmida), idade avançada, estado debilitado e equipamentos mal ajustados, como: aparelhos gessados, tração e contenções².

Geralmente os pacientes internados em UTI apresentam um ou mais fatores de risco para o desenvolvimento de UP, pois possuem estado sensorial, circulatório e mobilidade alterados, muitas vezes por barreiras físicas, como no caso dos dependentes de ventilação mecânica ou pela necessidade de permanência prolongada no leito pelas complicações associadas à patologia.

É de extrema importância que o profissional enfermeiro avalie o risco potencial de desenvolvimento da lesão desde a admissão do paciente na unidade. A avaliação geral da condição clínica do paciente deve ser realizada englobando os aspectos nutricionais, neurológicos, condições da pele e mobilidade, a fim de adotar os cuidados específicos⁷.

A úlcera tem como característica sua relativa facilidade de instalação e demorada cura. Por isso, o melhor tratamento é a prevenção. Nessa etapa se inserem, também, a observação dos exames laboratoriais e dos fatores de risco citados.

A identificação e o tratamento precoce possibilitam uma redução significativa dos custos, prevenindo a progressão e acelerando a regeneração da UP. O tratamento local engloba os seguintes

componentes: desbridamento, limpeza, revestimento, abordagem da colonização e infecção, agentes físicos e tratamento cirúrgico⁸.

O diagnóstico da UP, incluindo a incidência, condições clínicas e demográficas associadas, além dos fatores de risco envolvidos em sua gênese para unidades específicas como UTI são fundamentais no desenvolvimento de programas e protocolos exequíveis⁴. A observação do tipo de úlcera mais comum possibilita a elaboração de planos de cuidado direcionados à sua prevenção.

Objetivo

Como objetivo geral foi estabelecido: caracterizar as úlceras por pressão em pacientes internados em uma UTI; e como objetivos específicos: traçar o perfil sócio-demográfico dos pacientes portadores de úlceras por pressão; identificar os locais mais comuns de ocorrência das lesões; e conhecer os estágios das úlceras nesses pacientes.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital público, localizado em Fortaleza-Ceará, especializado no atendimento em urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas.

A amostra foi constituída por 59 pacientes internados na referida UTI no ano de 2009, definida pelos critérios de inclusão: possuir a úlcera em estágio I no momento da admissão ou então ter desenvolvido-a após admissão na unidade; e exclusão: não ter desenvolvido UP durante a internação e dados ilegíveis e/ou incompletos nos prontuários.

A coleta dos dados foi realizada durante o período de agosto a setembro de 2010, a partir da consulta aos prontuários dos pacientes, utilizando-se um roteiro de levantamento de dados contendo dados sócios demográficos e informações relacionadas ao desenvolvimento da UP.

Os prontuários foram consultados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), da instituição. Para tanto, foram levantados todos os prontuários de pacientes internados na UTI no ano de 2009 e, posteriormente, selecionada a amostra. Ressalta-se que no ano de 2009 foram admitidos na UTI 199 pacientes, sendo que somente 59 (29,65%) evoluíram com úlceras durante a internação ou apresentavam a lesão em estágio I no momento da admissão. Dos 140 que não entraram na amostra, 87 não desenvolveram lesão, antes ou após a internação, e 53 já apresentavam lesão em diferentes estágios no momento da internação.

Os resultados foram organizados em um banco de dados no Microsoft Excel 2007 e analisados por meio da estatística descritiva, considerando a frequência absoluta e relativa, sendo expostos em tabelas e gráficos.

O estudo foi realizado tendo por base a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que determina princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos⁹. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR, aprovado com protocolo no 10-221, uma vez que a instituição não dispõe de comitê de ética.

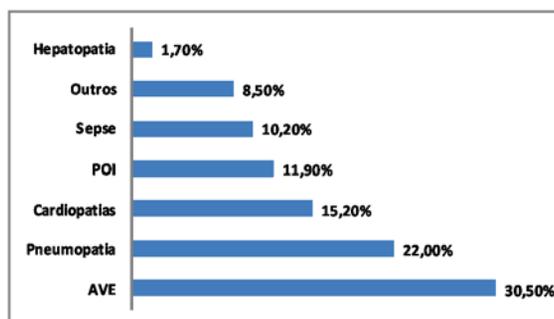
Resultados

A faixa etária predominante foi a de 73 a 89 anos de idade com 26 pacientes (44%), sendo a média de idade 66 anos. Quanto ao sexo, 32 pacientes eram do sexo feminino (54,2%).

O diagnóstico mais comum foi o acidente vascular encefálico (AVE) com 18 casos (30,5%), seguido das pneumopatias com 13 (22%). As cardiopatias foram responsáveis por 15,2% das internações. (Gráfico 1).

A quase totalidade dos pacientes (54), o que equivale a 92%, necessitou de suporte ventilatório invasivo, por meio de tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia (TQT). Convém salientar que todos os pacientes com prótese ventilatória (TOT ou TQT) necessitaram, obrigatoriamente, do uso de sonda nasogástrica ou sonda nasoentérica para a terapia nutricional.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes internados na UTI no ano de 2009 segundo o diagnóstico médico. Fortaleza, 2010.



Fonte: Prontuários dos pacientes/Ano 2009.

Em relação à evolução, 57,6% evoluiu para óbito, enquanto 42,4% foram transferidos, seja para a unidade de internação do próprio hospital ou para outra instituição.

De acordo com os dados, 37 pacientes (62,71%) desenvolveram a úlcera na região sacral; o calcâneo foi a segunda região mais afetada pelas lesões, com cinco pacientes (8,48%); oito pacientes (13,56%) apresentaram a lesão nas duas áreas referidas. Outros locais foram afetados, porém com menor ocorrência, incluindo as regiões trocantérica, escapular, occipital e maleolar. (Tabela 1).

Segundo os dados, em 54,5% dos pacientes a úlcera evoluiu para o estágio II. Entretanto, é importante chamar atenção para os 17 pacientes (28,81%) que evoluíram para estágio III. Já no estágio IV, foram observados apenas seis pacientes (10,17%). Por outro lado, quando foram associadas as variáveis tempo de internação e estágio da úlcera, não houve diferença entre os pacientes. Porém, vale destacar que dentre os pacientes que evoluíram para o estágio II, 27,12% permaneceram internados na UTI no intervalo de tempo entre 11 e 30 dias. (Tabela 2).

Discussão

Os pacientes participantes da pesquisa predominaram na faixa etária de 73 a 89 anos de idade, com a média de idade de 66 anos. Essa realidade está associada ao fato do idoso apresentar alterações fisiológicas próprias da idade, o que o torna vulnerável a desenvolver determinadas complicações, como por exemplo, as lesões por pressão.

Artigo Original

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes internados na UTI no ano de 2009 segundo o local da lesão. Fortaleza, 2010.

Região Corporal	N	%
Sacral	37	62,71
Calcâneo	05	8,48
Sacral + Calcâneo	08	13,56
Outros	09	15,25
Total	59	100

Fonte: Prontuários dos pacientes/Ano 2009.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes internados na UTI no ano de 2009 segundo período de internação e estágio da lesão. Fortaleza, 2010.

Estágio / Período	I		II		III		IV		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 dias	01	1,70	05	8,48	03	5,08	-	-	09	15,25
	02	3,39	16	27,12	05	8,48	02	3,39	25	42,38
31 – 60 dias	02	3,39	09	15,25	05	8,48	01	1,69	17	28,81
61 – 90 dias	-	-	-	-	03	5,08	01	1,69	04	6,78
+ de 90 dias	-	-	01	1,69	01	1,69	02	3,39	04	6,78
TOTAL	05	8,48	31	52,54	17	28,81	06	10,17	59	100

Fonte: Prontuários dos pacientes/Ano 2009.

A fragilidade do envelhecimento, associada às condições mórbidas como as alterações do estado neurológico e mental, nutricional, mobilidade, atividade e continências anal e urinária, caracterizam população propensa à formação, recidiva e complicações de UP¹⁰.

Quanto ao sexo, mais da metade dos pacientes era do sexo feminino. O diagnóstico médico mais comum foi o AVE, seguido das pneumopatias e das cardiopatias, fato que pode estar associado à predominância de idosos, os quais, geralmente possuem fatores de risco para o desenvolvimento de tais patologias, como a hipertensão e o diabetes mellitus.

Verificou-se estreita relação entre a idade avançada dos pacientes e o AVE como um dos diagnósticos médicos mais prevalentes. Os grupos

de alto risco para essa doença incluem as pessoas com mais de 55 anos de idade, porque sua incidência mais do que duplica em cada década sucessiva².

As UP ocorrem como resposta a determinados fatores de risco, bem como a condições clínicas do paciente, que dificultem sua mobilidade no leito ou que exijam um período prolongado de repouso.

Um percentual significativo dos pacientes fez uso de suporte ventilatório invasivo, seja por meio de TOT ou TQT. A UTI é utilizada constantemente para diagnóstico e acompanhamento terapêutico, assim como avaliação dos resultados obtidos, tendo como finalidade o reconhecimento das complicações do estado hemodinâmico do paciente e medidas de intervenção para prevenção de complicações¹¹.

Nesse sentido, grande parte dos pacientes de UTI necessita de ventilação mecânica para a manutenção das funções vitais.

Vale ressaltar que nesses pacientes a mobilização fica limitada, em virtude da necessidade de um maior cuidado durante a mudança de decúbito, pelo risco de extubação acidental ou outras complicações. Além do mais, a maioria desses pacientes encontra-se sedada e/ou em analgesia, sem condições de cooperar durante sua mobilização.

A incidência de UP em pacientes de UTI é mais elevada do que naqueles internados em outras unidades do hospital, considerando os vários fatores de risco presentes nessa população¹.

Os determinantes críticos para o aparecimento de UP englobam a intensidade e a duração prolongada de pressão sobre os tecidos, bem como a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. Estes aspectos estão relacionados à mobilidade do paciente, à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo para promover a circulação e à percepção sensorial, que implica no nível de consciência, refletindo a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las¹².

A diminuição do nível de consciência é considerada um importante fator de risco para a UP, especialmente por estar associada, direta ou indiretamente à percepção sensorial, mobilidade e atividade, por sua vez relacionadas à pressão¹. Nesse contexto, os pacientes críticos internados em UTI enquadram-se no grupo de risco, pois geralmente apresentam alteração no nível de consciência, seja relacionada à patologia de base ou pelo uso de sedativos e analgésicos potentes.

Outro ponto que merece destaque é que o uso do TOT ou TQT impossibilita a alimentação por via oral, sendo utilizadas sondas para alimentação enteral. A terapia nutricional nem sempre oferta o aporte calórico necessário, predispondo o paciente a distúrbios nutricionais, que representam também fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras.

As deficiências nutricionais, as anemias e os distúrbios metabólicos contribuem para o desenvolvimento de UP, sendo necessária a introdução de uma terapia nutricional específica para pacientes portadores dessas lesões, a fim de contribuir com o processo de cicatrização, recuperação do estado nutricional e prevenindo a formação de radicais livres².

No que se refere à evolução, grande parte dos pacientes evoluiu para óbito, considerando o perfil de idosos, portadores de doenças crônicas que contribuem para a complicação do quadro.

Os dados demonstram que a região mais afetada pela úlcera foi a sacral, seguida do calcâneo, sendo comum, também, a associação destas com outras, levando a crer que os pacientes, geralmente, permanecem em decúbito dorsal horizontal, tornando-os susceptíveis às lesões nessas áreas.

Esses resultados também foram identificados em outro estudo, quando os autores observaram a incidência maior de UP na região sacral (63%). O segundo local mais atingido foi o calcâneo, com 30%¹¹.

Em relação ao estágio da úlcera, a maioria evoluiu para o estágio II, seguido do estágio III. Cumpre salientar que em uma parcela pequena de pacientes a lesão evoluiu para o estágio IV, o que pode ser justificado pela gravidade dos pacientes, os quais na maioria das vezes evoluíram para óbito. As variáveis tempo de internação e estágio da ferida foram confrontadas, sem, no entanto, demonstrarem diferenças significativas. Nos pacientes com lesão em estágio II, se destacou o período de internação entre 11 e 30 dias.

O tempo de hospitalização do paciente representa um fator preponderante para o surgimento de lesões por pressão, especialmente se o doente encontra-se na UTI, pois seu estado é considerado grave e pode ser exigido um tempo prolongado de permanência na unidade para a recuperação e reabilitação de sua saúde, o que o torna mais susceptível ao desenvolvimento das úlceras¹³.

Embora fosse esperado que os pacientes com maior tempo de permanência na UTI

desenvolvessem a lesão em estágio IV, tal fato não foi observado, talvez porque um número pequeno da amostra permaneceu internado um período maior que 60 dias.

Existe uma classificação para as úlceras por pressão, baseado em orientações da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), a qual propõe a classificação da lesão baseada no comprometimento tecidual¹⁴. Algumas vezes a lesão apresenta-se pequena, demonstrando pouca significância clínica, porém, abaixo de sua superfície, pode existir área de tecido necrótico. Dessa forma, a avaliação e classificação da ferida pode ser realizada de maneira inadequada, pela presença de áreas de necrose, o que gera erros em sua descrição.

Conclusão

As UP apresentam elevada incidência, especialmente em pacientes críticos internados em UTI, em decorrência dos mesmos estarem acamados, geralmente apresentando instabilidade hemodinâmica e em uso de diversos aparatos para a manutenção da vida, dificultando a mudança de decúbito. O desenvolvimento de úlceras nesses pacientes complica ainda mais seu quadro, já considerado grave, em virtude de aumentar o tempo de internação, possibilitando a ocorrência de infecções.

A respeito da caracterização dos pacientes, a idade média foi de 66 anos, com concentração maior na faixa etária de 73 a 89 anos, o que contribui para o desenvolvimento das úlceras, pois o paciente idoso apresenta alterações na pele que contribuem para as lesões e dificultam a cicatrização.

Quanto ao sexo, predominou o sexo feminino e o diagnóstico mais frequente foi o AVE, seguido das pneumopatias e das cardiopatias, doenças comuns na população idosa. Grande parte dos pacientes evoluiu para óbito, talvez pela gravidade, mas também pelas complicações relacionadas à idade.

O uso de suporte ventilatório invasivo, por meio de TOT ou TQT, foi observado na quase totalidade dos pacientes, fator geralmente associado ao uso de medicações analgésicas e sedativas, que levam ao coma induzido. Consequentemente, o paciente não coopera com a mudança de decúbito e, muito menos, percebe quando uma área de pressão está afetada, levando ao surgimento das úlceras.

O local mais comum acometido pela úlcera foi a região sacral, seguida do calcâneo e o estágio predominante o II, não sendo notadas diferenças importantes entre o tempo de internação e o estágio da úlcera.

Considerações finais

Apesar de considerada um grande problema, intra e extra hospitalar, as UP podem ser evitadas através da adoção de medidas preventivas pelos profissionais da saúde, principalmente pela equipe de enfermagem, pois esta permanece maior tempo com o paciente. Os profissionais de enfermagem devem estar atentos aos pacientes, avaliando frequentemente as regiões do corpo mais expostas ao risco de surgimento das lesões, prestando uma assistência adequada e eficaz.

Espera-se que o estudo contribua para a adoção de cuidados direcionados à prevenção e tratamento desse tipo de ferida, contribuindo para a redução da incidência, principalmente em pacientes críticos internados em UTI, pois essa população é considerada de risco, por apresentar limitações de mobilidade, além de alterações fisiológicas importantes.

Referências

- 1 Fernandes NCS, Torres GV. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saude*. 2008, 7(3): 304-10.
- 2 Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 11 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 3 Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem*. 2 ed. São Paulo: Yendis; 2007.
- 4 Rogenski NMB, Santos VLGC. Estudo sobre a prevalência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Revista Estima* 2006, 4(2): 16-22.
- 5 Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2004 [cited 2013 mai 10];50(2):182-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>.
- 6 Louro M, Ferreira M, Póvoa P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlcera de pressão. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2007, 19(3): 337-41.
- 7 Studart RMB, Melo EM, Lopes MVO, Barbosa IV, Carvalho ZMF. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. *Rev Bras Enferm*. 2011, 64(3): 494-500.
- 8 Rocha JA, Miranda MJ, Andrade M J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port*. 2006, 19: 29-38.
- 9 BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. *Informe Epidemiológico SUS*, n.3, jul./set, p.67-35. 1996.
- 10 Souza DMST, Santos VLGC. Úlceras por pressão e envelhecimento. *Rev Estima* 2006 janeiro-março; 4(1):36-44.
- 11 Machado F. Monitorização hemodinâmica. Disponível em: <<http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=760>> [Acesso em: 12 Out. 2010].
- 12 Anselmi ML, Peduzzi M, França Júnior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paulista Enferm*. 2009, 22(3):257-64.
- 13 Melo EM, Gonzaga AVL, Félix LKP, Barbosa IV, Studart RMB. Evaluación de los factores de riesgo de la úlcera por presión en pacientes hospitalizados. *Evidentia [internet]*. 2010 [cited 2010 Sept 09];7(29). Available from: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev7158.php>
- 14 National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, Editors. *Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implication for the Future*. Reston, VA: NPUAP; 2001.

Artigo recebido em: 25/10/2012

Aceito para publicação em: 01/04/2014

¹ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura e Hospital São José de Doenças Infecciosas. Endereço: Ageu Romero, 100, apto. 02, São Gerardo, CEP: 60325.110, Fortaleza-CE. e-mail: elizjornet@yahoo.com.br

² Enfermeira graduada pela UNIFOR. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem em Obstetrícia. E-mail: dina_geisa@hotmail.com

³ Enfermeira graduada pela UNIFOR. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem em Oncologia do Instituto do Câncer do Ceará. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. e-mail: mayerliaraujo@hotmail.com

Prevalência e Fatores De Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde

Rev Estima - vol 12 (3) 2014 p. 58

Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício¹, Maria Helena Barros Araújo Luz²

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. É um desvio de saúde que atinge grande parte da população, especialmente o sexo feminino, apresentando crescente prevalência em todo o mundo, o que suscita preocupação e interesse de pesquisadores por esta temática, mediante as significativas alterações que provoca na vida das pessoas. Esta pesquisa objetivou estimar a prevalência de IU e sua correlação com os fatores de risco em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde de Teresina – PI. Estudo do tipo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o CAAE 0368.0.045.000-10. Participaram do estudo 306 mulheres com idade mínima de 20 e máxima de 83 anos. Utilizou-se como instrumento de investigação um formulário estruturado composto por três blocos: (1) dados sociodemográficos, (2) dados clínicos e (3) manejo da IU. Realizou-se análise estatística descritiva a partir da distribuição da frequência e percentuais das variáveis, utilizando-se medidas de tendência central e dispersão, o teste χ^2 (Chi-quadrado) com nível de significância $\alpha = 5\%$ para verificar as possíveis associações entre os quesitos estabelecidos nos objetivos específicos da pesquisa. O teste selecionado para observar a diferença entre o grupo que apresentou e o que não apresentou IU foi o de Mann-Whitney. A prevalência de IU foi de 40,8%, sendo que a maioria apresentou Incontinência Urinária de Esforço (IUE) com o percentual de 60,0%, seguida da Urge-Incontinência (UI) com 28,2%; e 12,1%, para Incontinência Urinária Mista (IUM). Dentre os fatores de risco mais fortemente associados à IU, encontraram-se a idade ($p < 0,001$), as doenças neurológicas ($p = 0,005$), a diabetes ($p = 0,024$), hipertensão ($p = 0,001$), o tabagismo ($p < 0,001$), o uso de cafeína ($p = 0,018$), cirurgias pélvicas ($p = 0,001$), cirurgias abdominais ($p = 0,037$), cirurgias pélvicas e abdominais ($p = 0,007$), o uso de anti-hipertensivos ($p = 0,002$), a obesidade ($p = 0,010$), constipação ($p = 0,013$) e os eventos obstétricos: número de gestações e número de partos normais, ($p < 0,001$). Destaca-se que quanto ao perfil sociodemográfico e clínico predominaram mulheres com ensino médio completo (29,6%), casadas (51,2%), naturais de Teresina (40,0%), de cor parda (64,8%), com 04 a 06 pessoas na família (55,2%), com diversas ocupações e renda mensal e familiar entre um e dois salários mínimos (44,8%) e (55,2%),

respectivamente, hipertensas (58,1%), que tinham o hábito de consumir cafeína (63,9%), submetidas a cirurgias pélvicas (69,0%), que usavam anti-hipertensivo (53,3%), e que apresentavam constipação intestinal (67,6%). Considerando o manejo da IU, verificou-se a falta de informação, o desconhecimento e descuido quanto à utilização de medidas preventivas e de tratamento da IU. Conclui-se que o estudo possibilitou conhecer a situação da IU em mulheres assistidas na Atenção Básica, evidenciando resultados semelhantes aos existentes na literatura, contribuindo com informações relevantes e originais sobre a IU, podendo despertar nos profissionais e gestores de saúde pública a necessidade de maior atenção para essa clientela, no sentido de prevenção e melhoria da qualidade de vida.

Descritores: Incontinência Urinária, Prevalência, Mulheres, Fatores de Risco, Enfermagem.

Enf^a Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício - Mestre em Enfermagem (UFPI - 2012), Prof^a UFPI/UESPI, Especialista em Estomatologia (UECE - 2008), Especialista em Administração Hospitalar (UNAERP - SP)

Telefone: (86) 3222-4486 e (86) 8832-5488

E-mail: cdavb2010@hotmail.com / cdavb2011@yahoo.com.br

Prof^a Dr^a Maria Helena Barros Araújo Luz - Doutora em Enfermagem (Escola de Enfermagem Anna Nery/Rio de Janeiro), Especialista em Estomatologia (Universidade de São Paulo - USP), Professora Associada da Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem - Campus Ministro Petrônio Portella, SG 12 Ininga - CEP 64.049-550 Teresina (Pi) Brasil- Tel. (86) 3215-1164/3215 5682 (86) 9983-4792
E-mail mhelenal@yahoo.com.br E-mail Institucional mhelenal@ufpi.edu.br

PRÓXIMOS EVENTOS SOBEST:

25 *anos*
da Estomaterapia
no Brasil



I SIMPÓSIO
SUL/SUDESTE
de
Estomaterapia

2015
ÁGUAS DE LINDÓIA | SÃO PAULO-SP



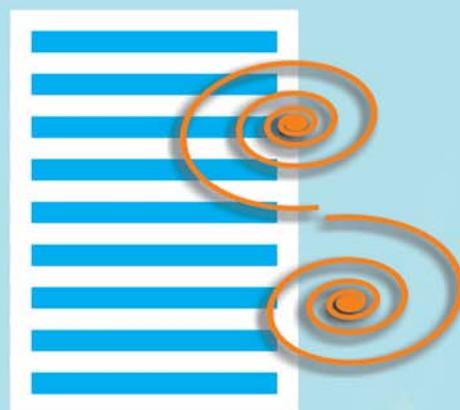
01 a 04 de novembro de 2015

XI Congresso Brasileiro
DE
ESTOMATERAPIA

GRAMADO - RIO GRANDE DO SUL



www.sobest.org.br



SOBEST

Melhoria da Qualidade de Vida

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