

ESTIMA

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

Brazilian Journal of Enterostomal Therapy



Esteem[®]

Bolsa de ostomia de uma
peça com a **Tecnologia
Moldável Convatec[®]**

O conforto da
bolsa de uma
peça associado a
praticidade de
duas peças!

95,6%

pele saudável
mantida

Pessoas que passaram a utilizar a **Tecnologia Moldável Convatec[®]**, mantiveram a pele saudável.¹

86,2%

condição da pele
melhorada

Pessoas que mudaram para a **Tecnologia Moldável Convatec[®]**, melhoraram sua condição de pele.¹



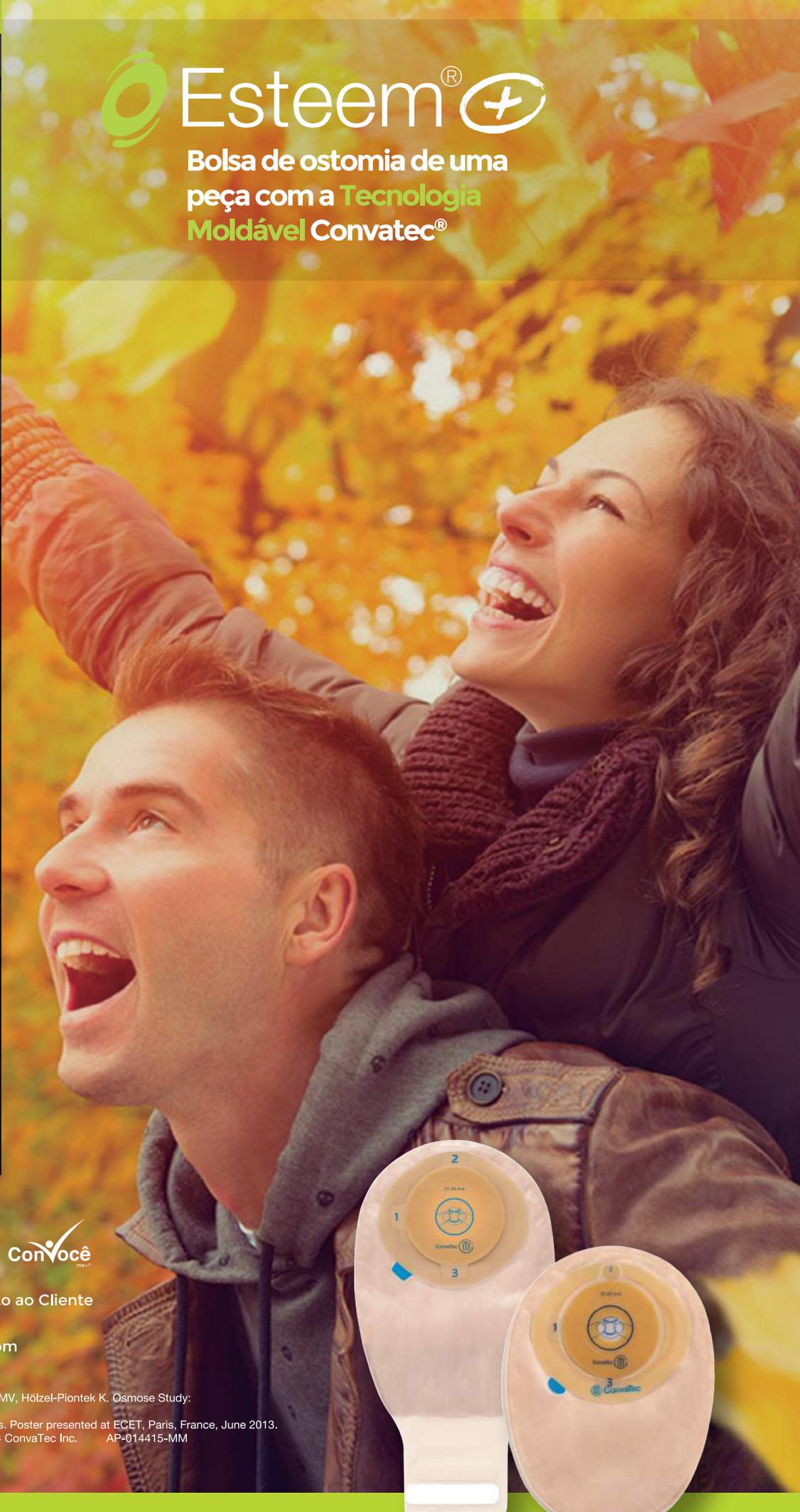
Serviço de Atendimento ao Cliente

0800-7276-115

sac.brasil@convatec.com

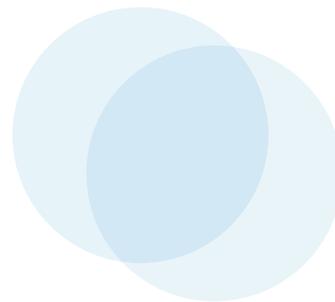
www.convatec.com.br

References: 1.Szewczyk MT, Majewska GM, Cabral MV, Hölzel-Piontek K. Osmose Study: Multinational Evaluation of the Peristomal Condition in Ostomates Using Moldable Skin Barriers. Poster presented at ECET, Paris, France, June 2013. TM indicates trademarks of ConvaTec Inc. ©2014 ConvaTec Inc. AP-014415-MM



ESTIMA

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



EDITORES: Maria Angela Boccara de Paula e Gisele Regina Azevedo

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Pelegrini dos Santos Pereira
ET TISOBEST, PhD – FAMERP (SP)

Afonso Henrique da Silva e Souza Jr
Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)

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

Diana Lima Vilela
Enfermeira, PhD – Hospital do Câncer (SP)

Diba Maria Sebba Tosta de Souza
Enfermeira, ET, PhD – UNIVÁS (MG)

Eline Lima Borges
ET TISOBEST, PhD – UFMG (MG)

Federico Palomar Llatas
Enfermeiro em Dermatologia, PhD – Unversid Católica de Valencia (Espanha)

Gisele Martins
Enfermeira, PhD – UnB (DF)

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

Isabel Cristina Vieira Santos
Enfermeira, TISOBEST, PhD – UPE (PE)

Ivone Kamada
Enfermeira, ET, PhD – UnB (DF)

José Márcio Neves Jorge
Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)

José Contreras Ruiz
Médico, PhD – Hospial 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
Enfermeira, ET, 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 Cirurgião, PhD – FMUSP (SP)

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

Maria Euridéia de Castro
Enfermeira, 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 – UFPI (PI)

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

Mônica Antar Gamba
Enfermeira, PhD – UNIFESP (SP)

Noemi Marisa Brunet Rogenski
Enfermeira, ET, PhD – Hospital Universitário – USP (SP)

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
ET TISOBEST – UERJ (RJ)

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

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

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

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

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

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

EXPEDIENTE

GESTÃO DA SOBEST 2015 – 2017

DIRETORIA

Presidente: Maria Angela Boccara de Paula (SP)

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

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

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

Primeiro Secretário: Ednalda Maria Franck (SP)

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

Conselho Científico

Fernanda Mateus Queiroz Schmidt (SP)

Camila Cantarino Nascentes (RJ)

Sílvia Angélica Jorge (SP)

Ciliana Antero Guimarães da Silva Oliveira (SP)

Elisabete Capalbo Ferolla (SP)

Departamento de Educação

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas (SP)

educacao@sobest.com.br

Departamento de Desenvolvimento Profissional

Rita de Cássia Domansky (PR)

desenvolvimento.profissional@sobest.com.br

Departamento de Comunicação e Marketing

Suely Rodrigues Thuler (SP)

comunicacao@sobest.com.br

Departamento de Relações Internacionais

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos (SP)

international.relations@sobest.com.br

Departamento de Relações Seccionais

Juliano T. Moraes (MG)

seccionais@sobest.com.br

Conselho Fiscal

Vanessa Soares de Araújo (SP)

Rosa Takako Eguchi (SP)

Danivea Bongiovanni Poltronieri Munhoz (SP)

Delegado Internacional

Suzana Aron (SP)

Seção Bahia

Presidente Seccional: Roberta Mendonça Viana

Seção Ceará

Presidente Seccional: Luciana Catunda Gomes de Menezes

Seção Paraná

Presidente Seccional: Gisela Maria de Assis

Seção Rio de Janeiro

Presidente Seccional: Tânia das Graças de Souza Lima

Seção Rio Grande do Sul

Presidente Seccional: Daniela de Oliveira Cardozo

Seção Distrito Federal

Presidente Seccional: Janete Carvalho de Freitas

Seção Minas Gerais

Presidente Seccional: Claudia Regina de Souza Santos

Seção Pernambuco

Presidente Seccional: Marília Perrelli Valença

Seção Pará

Presidente Seccional: Regina Ribeiro Cunha

Revista Estima

ISSN: 1806-3144

Indexação:

EBSCO

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CUIDEN – Base de dados bibliografia de La Fundacion Index

REHIC – Catalogo eletrônico de periódicos

LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para

Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España

y Portugal

Primeira edição: 15/06/2003

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

**Revista Oficial da Associação Brasileira
de Estomaterapia: estomias, feridas e
incontinências – SOBEST**

Tiragem: 700 exemplares

Produção Editorial: Associação Brasileira de Estomaterapia /
Zeppelini Editorial / Instituto Filantropia

Capa: Zeppelini Editorial

Distribuição: gratuita para membros ativos da Sobest -
Associação Brasileira de Estomaterapia

Rua Antonio de Godoi, 35, cj. 102 – Centro – São Paulo (SP) –
CEP: 010334-001

Fone: (11) 30820659

www.sobest.org.br

sobest@sobest.org.br

Edições
anteriores:



Vol 14 Edição 1
(jan/fev/mar 2016)



Vol 14 Edição 2
(abr/mai/jun 2016)

Propriedades e Direitos: Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos do Autor e não poderão ser reproduzidos sem a permissão por escrito da SOBEST, porém qualquer ilustração editada como cortesia é de propriedade do cedente. A Revista Estima fará o máximo esforço para manter a fidelidade do material original, porém não se responsabiliza pelos erros gráficos surgidos. As opiniões assinadas não representam necessariamente a opinião dos editores da revista.

SUMÁRIO

ESTIMA • Vol 14 • Num 3 • 2016

102 EDITORIAL

Maria Angela Boccara de Paula

ARTIGO ORIGINAL

103 Centro de Referência em Dermatologia Sanitária: Caracterizando Usuários com Úlceras de Pernas

Reference Center for Sanitary Dermatology: Characterizing Users with Leg Ulcers

Centro de Referencia de Dermatología Sanitaria: Caracterizan a los Usuarios con Úlceras en las Piernas

Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães, Silvana Barbosa Pena, Manuel Henrique Salgado,

Mônica Antar Gamba, João Júnior Gomes

109 Viabilidade do Ensino Padronizado no Conteúdo de Estomaterapia na Graduação de Enfermagem: Proposta de Objeto de Aprendizagem Online

Viability of Standardized Education in Stomatherapy Content Undergraduate Nursing: Proposal Object Online Learning

Viabilidad de Estandarizado Educación en Estomaterapia Contenido Pregrado Enfermería: Propuesta de Objetos de

Aprendizaje en Línea

Julia Drummond de Camargo, Raquel Acciarito Motta

118 Pessoas Idosas e Vulnerabilidade para Feridas Vasculogênicas: Marcadores para o Cuidado e o Envelhecimento Ativo

Elders and Vulnerability to Vascular Wounds: Markers for the Care and Active Ageing

Ancianos y Vulnerabilidad para las Lesiones Vasculares: Marcadores para el Cuidado y el Envejecimiento Activo

Nathália Alvarenga-Martins, Helena Megumi Sonobe, Cristina Arreguy-Sena, Luciene Muniz Braga,

Luana Mendes de Souza

127 O Impacto da Incontinência Urinária na Autoestima e Autoimagem de Pacientes Diabéticos

The Impact of Urinary Incontinence on the Self-esteem and Self-image of Patients with Diabetes

El Impacto de la Incontinencia Urinaria en la Autoestima y Autoimagen de Pacientes Diabéticos

Geraldo Magela Salomé, Thaís Fátima de Oliveira, Wesley Alexandre Pereira

137 Readaptação Funcional do Estomizado: Relato de Experiências Vivas

Functional Readaptation of Stomized Patients: Report of Experiences

Readaptación Funcional del Ostomizado: Relato de Experiencias Vivas

Jane Walkiria da Silva Nogueira, Ivone Kamada, Glauce Araújo Ideião Lins

ARTIGO DE REVISÃO

146 A Pessoa Estomizada: Análise das Práticas Educativas de Enfermagem

The Ostomized People: Analysis of Educational Nursing Practices

La Persona Portadora de Ostomía: Análisis de las Prácticas Educativas de Enfermería

Bruna Gomes, Shirley Santos Martins

RELATO DE CASO

154 Lesões Epidérmicas pela Síndrome de Stevens Johnson: Cicatrização com Uso de Membrana de Celulose e Ácidos Graxos

Epidermal Injuries by Stevens-Johnson Syndrome: Healing following the use of Cellulose Membrane and Fatty Acids

Lesiones Epidérmicas por el Síndrome de Stevens Johnson: Cicatrización con el uso de Membrana de Celulosa y Ácidos Grasos

Ana Cristina Geiss Casarolli, Halana Batistel Barbosa, Lara Adrienne Garcia Paiano,

Luciana Magnani Fernandes, Thaís Dresch Eberhardt

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

158 Propriedades Psicométricas do “Freiburg Life Quality Assessment Wound” em Queimados

Psychometric Properties of the “Freiburg Life Quality Assessment Wound” in Burned

Propiedades Psicométricas de “Freiburg Life Quality Assessment Wound” en la Quemaduras

Uiara Aline de Oliveira Kaizer, Neusa Maria Costa Alexandre

I INSTRUÇÕES AOS AUTORES



É preciso compartilhar conhecimento

Saberes e práticas especializadas estão presentes no cotidiano do enfermeiro e da equipe de saúde. No que tange a Enfermagem em Estomatoterapia, são muitos os conhecimentos que foram sendo descobertos, debatidos, pesquisados e incorporados à prática diária ao longo de sua história, com o objetivo principal de melhorar a qualidade do atendimento prestado para aqueles que necessitam.

Compartilhar novos conhecimentos, bem como reafirmar a importância e a necessidade de outros, é a missão da Revista Estima. Assim, convidamos a todos que se interessam pela especialidade que tomem parte deste importante projeto e divulguem suas experiências em eventos com credibilidade científica; que difundam os saberes em suas instituições de trabalho, realizando pequenas reuniões com a equipe e/ou convidando colegas a participarem, bem como os profissionais que atuam no município e região para somarem com suas vivências e conhecimentos; e que encontrem novas propostas de realização, contribuindo para que a assistência prestada ganhe excelência e para que os espaços destinados ao enfermeiro especialista sejam ampliados. Por fim, escrevam a respeito do que vivenciam para que, de fato, o ato de compartilhar se efetive e se torne um instrumento de renovação e estímulo para todos. A Revista Estima está de portas abertas para receber seus trabalhos em seu novo *site*: www.revistaestima.com.br.

Prof. Dra. Maria Angela Boccara de Paula
Editora

Centro de Referência em Dermatologia Sanitária: Caracterizando Usuários com Úlceras de Pernas

Reference Center for Sanitary Dermatology: Characterizing Users with Leg Ulcers

Centro de Referencia de Dermatología Sanitaria: Caracterizan a los Usuarios con Úlceras en las Piernas

Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães¹, Silvana Barbosa Pena², Manuel Henrique Salgado³, Mônica Antar Gamba⁴, João Júnior Gomes⁵

RESUMO

O objetivo desse estudo foi descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas da população atendida na sala de curativo de um ambulatório dermatológico. Trata-se de um estudo de corte seccional, descritivo baseado no levantamento de casos de pessoas atendidas para o tratamento de úlceras crônicas decorrentes de dermatopatias. A fonte de dados para a pesquisa foram os prontuários disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), correspondendo ao período de janeiro a dezembro do ano de 2011. Foram avaliados 486 prontuários, dos quais, na população estudada, apontaram as características sociodemográficas predominantes: o gênero masculino (57%), idade 70 e mais anos (36,42%), casados (49,4%), aposentados (34,6%), raça branca (87,9%), escolaridade com ensino fundamental incompleto (19,8%), procedentes do Estado de São Paulo (98,15%). A comorbidade prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=224; 46,1), acompanhada de Diabetes mellitus II com 117 (24,1%). A maioria das úlceras (n=218; 44,9%) encontradas foi neuropática, a média de tempo de existência em anos foi de 5,4 anos, com desvio padrão de 7,2. Tais achados servem de alerta aos gestores e profissionais, para que conheçam a situação das pessoas atendidas na sala de curativo, no que tange as suas características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas para implementação de protocolos, ações políticas e assistenciais.

DESCRITORES: Estomaterapia. Ferimentos e lesões. Enfermagem. Perfil da Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the sociodemographic and epidemiological characteristics of the population served in the dressing room of a dermatological clinic. This is a descriptive cross-sectional cohort study based on the survey of cases of people met for the treatment of chronic ulcers resulting from skin diseases. A source of data for the study were the records made available by the Medical Records and Statistics (SAME) of the Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), corresponding to the period from January to December of 2011 records 486 of which were evaluated in the study population sociodemographic characteristics predominated: males (57%), age 70 years old and over (36.42%), married (49.4%), retired (34.6%), white (87.9%), incomplete primary school education (19.8%), from the State of São Paulo (98.15%). A prevalent comorbidity was Hypertension (n=224; 46.1), followed by diabetes mellitus II with 117 (24.1%). Most ulcers (n=218; 44.9%) was found neuropathic, the average time of existence in years was 5.4 years, with a standard deviation of 7.2. These findings serve as a warning to managers and professionals, so that they know the situation of people met in the dressing room, regarding their sociodemographic, clinic and epidemiological characteristics for implementing protocols, policies and assistance actions.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Wounds and injuries. Nursing. Health Profile.

Estudo extraído da Monografia do Curso de Pós graduação (Lato sensu) em Estomaterapia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) de Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos Guimarães, intitulada Caracterização de pessoas atendidas na sala de curativo do ambulatório de um Centro de Referência em Dermatologia Sanitária, 2012.

¹Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) – Bauru (SP), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Saint Martin, 26-81 – CEP 17012-056 – Bauru (SP), Brasil – E-mail: clinicapes@ilsli.br

²Universidade Federal do Mato Grosso Sul (UFMS) – Três Lagoas (MS), Brasil.

³Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) – Botucatu (SP), Brasil

⁴Unifesp – São Paulo (SP), Brasil.

⁵Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – São José do Rio Preto (SP). Orientador da Monografia “Caracterização de pessoas atendidas na sala de curativo do ambulatório de um Centro de Referência em Dermatologia Sanitária”, do Instituto Lauro de Souza de onde foi extraído este estudo.

Artigo recebido em: 09/10/2014 – Aceito para publicação em: 19/07/2015

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población atendida en la sala de apósito de una clínica dermatológica. Se trata de un estudio descriptivo transversal, basado en el análisis de los casos de personas que se reunieron para el tratamiento de úlceras crónicas, que resultan de dermatosis. La fuente de datos para el estudio fue los registros aportados por los Registros Médicos y Estadísticas (SAME) de ILSL, correspondiente al período de enero a diciembre de 2011. Se evaluó 486 registros, de los cuales, en la población investigada, se pudo verificar las siguientes características sociodemográficas dominantes: hombres (57%), 70 años o más (36,42%), casados (49,4%), jubilados (34,6%), blancos (87,9%), educación primaria incompleta (19,8%), del Estado de São Paulo (98,15%). La comorbilidad prevalente fue Hipertensión (n=224; 46,1%), seguido por la Diabetes Mellitus II, con 117 (24,1%). La mayoría de las úlceras (n=218; 44,9%) encontradas eran de origen neuropática, el tiempo promedio de la existencia en años fue de 5,4 años, con una desviación estándar de 7,2. Estos hallazgos sirven como una advertencia a los directivos y profesionales, para que conozcan la situación de la gente que es atendida en la sala de apósito, en cuanto a sus características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas para la implementación de protocolos y acciones políticas y de asistencia.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Heridas y Traumatismos. Enfermería. Perfil de Salud.

INTRODUÇÃO

O Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), localizado na cidade de Bauru (SP), é Centro de Referência na área de Dermatologia Geral e, em particular, da Hanseníase, vinculado a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS)¹.

No Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento nos ambulatórios à pessoas com úlceras cutâneas crônicas é uma constante. Em contrapartida, a abordagem do tema em publicações científicas à pessoas atendidas em ambulatórios, ainda, é incipiente. Existe a necessidade de estudos que abordem o perfil sociodermográfico e epidemiológico.

As úlceras cutâneas crônicas são situações de baixo impacto de resolutividade e onerosas tanto ao sistema público de saúde quanto aos acometidos, com danos psicológicos, físicos, sociais e econômicos, que desencadeiam o estigma, marginalização, isolamento, dores (muitas vezes irreversíveis), com alto impacto à sociedade e profissionais da saúde².

Outro país que enfrenta o desafio de cicatrização da ferida é a China, que, além das dificuldades em cicatrizar as feridas, ainda tem uma população imensa; o que dificulta mais o dimensionamento de gastos e a influencia na qualidade de vida³.

Mundialmente, além das terapias, novas ferramentas de cura são seletivamente acessíveis aos cuidadores, por várias razões logísticas e financeiras⁴.

A equipe multiprofissional envolvida no tratamento dessas pessoas que convivem com úlceras cutâneas crônicas precisam de dados sociodemográficos e epidemiológicos para

direcionar a terapêutica adequada. A equipe de enfermagem é quem passa maior tempo em atendimento às pessoas que procuram os serviços de saúde em busca de soluções ou minimização desses problemas. Destaca-se a importância da Consulta de Enfermagem.

Essa é atribuição privativa do enfermeiro. Trata-se do período em que ele avalia o estado de saúde dessas pessoas. A Resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem; afirma que a consulta de enfermagem é o processo de enfermagem aplicado em serviços ambulatoriais de saúde⁵. Sendo essencial no atendimento desses clientes, sabe-se que o seu elemento de apoio é a coleta de dados objetivos e subjetivos, que deve ser apoiada em uma estrutura, baseada em evidências.

A estrutura da coleta de dados precisa ser abrangente o suficiente para originar dados que orientem o atendimento de enfermagem para promoção e proteção da saúde. Ao longo do processo de coleta de dados, o enfermeiro gera hipóteses diagnósticas e, ao final, conclui o diagnóstico. E, então, almeja um resultado para solucionar ou amenizar a situação de saúde identificada⁶. Para tanto, ele escolhe as intervenções de enfermagem que sensibilizem as características e fatores relacionados/riscos desse diagnóstico, objetivando atingir resultados que minimizem ou solucionem os problemas diagnosticados.

No contexto saúde/doença os registros da enfermagem apóiam-se em estudos epidemiológicos, direcionando a ação de pesquisadores e educadores na área de prevenção, promoção e recuperação do equilíbrio individual ou coletivo⁷.

Cabe ressaltar que o conhecimento do perfil dessa população é premente, para que o SUS possa aperfeiçoar seus recursos humanos, financeiros e outros, a fim de colocar em prática suas políticas com resolutividade. Assim, emerge o seguinte questionamento: Quais são as características socio-demográficas e epidemiológicas da população atendida na sala de curativo de um ambulatório dermatológico?

OBJETIVO

Descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas da população atendida na sala de curativo de um ambulatório dermatológico

MÉTODO

Estudo de corte seccional⁸, descritivo, baseado no levantamento de casos de pessoas atendidas para o tratamento de úlceras crônicas decorrentes de dermatopatias. A fonte de dados para a pesquisa foi baseada em dados secundários coletados de prontuários disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médica e Estatística (SAME) do ILSL, correspondendo ao período de janeiro a dezembro do ano de 2011.

As variáveis investigadas foram relacionadas as características definidoras relacionadas a perfil sociodemográficas, tais como: procedência, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, cor/raça, faixa etária; aspectos epidemiológicos (morbidade, comorbidade); aspectos clínicos (tipo de úlcera e tempo de úlcera). As mesmas seguiram padrões baseados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): casado; desquitado ou separado judicialmente; divorciado; viúvo; solteiro⁹.

Quanto as variáveis epidemiológicas e clínicas, foi interesse reconhecer a doença de base que desencadeou a úlcera, bem como co-morbidades.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ILSL sob o nº227/11.

RESULTADOS

Foram arrolados 486 prontuários de pacientes matriculados no ILSL, atendidos sob os cuidados de enfermagem na sala de curativos e que tinham o registro da presença de úlceras cutânea de longa duração e natureza crônica.

A maior parte da população atendida era procedente do Estado de São Paulo (n=477; 98,15%), Quanto ao sexo, 277 (57%) eram homens e 209 (43%) mulheres. Na faixa etária correspondente a 70 e mais anos, haviam 177 (36,42%) pessoas; de 60 a 69 anos, 124 (25,51%) e no intervalo de 50 a 59 anos, 101 (20,7%), com média de idade de 62,9 anos. Quanto ao estado civil, 240 (49,4%) eram casados; 114 (23,5%), solteiros e 86 (17,7%), viúvos. Em relação à escolaridade, 311 (64%) não tinham registro de informações no prontuário, 96 (19,8%) possuíam ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação, observou-se que 168 (34,6%) eram aposentados, seguidos de 155 (31,9%) que trabalhavam em serviços gerais e 96 (19,8%) atividades do lar. A maioria observou e registrou cor/raça branca (n=427; 87,9%), seguida da cor preta (n=42; 8,6%) e 13 (2,7%) parda (Tabela 1).

As características epidemiológicas, como as morbidades identificadas na população do presente estudo, estão descritas nos dados da Tabela 2, demonstrando que 61,5% tinham úlceras de diferentes etiologias.

Em relação à história clínica do cliente, foram pesquisadas as comorbidades mais frequentes na população em geral. A comorbidade mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (n=224; 46,1), seguida do diabetes melittus II com 117 (24,1%).

Quanto ao tipo de úlceras, as que apresentaram maiores frequência foram úlcera neuropática (n=218; 44,9%), seguida de 151 (31,1%) úlcera venosa identificadas, e com uma frequência menos úlceras de outros tipos (n=128; 26,3%), a média 7,2 anos, e o desvio 9,7.

DISCUSSÃO

Na população estudada, nas sociodemográficas predominou o gênero masculino (57%); idade 70 e mais anos (36,42%), casados (49,4%), aposentados (34,6%), da raça branca (87,9%), apresentando escolaridade de ensino fundamental incompleto (19,8%), procedentes do Estado de São Paulo (98,15%).

Um estudo conduzido com 231 pessoas atendidas em um ambulatório de cirurgia geral de um hospital universitário, campo de ensino teórico prático da disciplina de Semiologia e Semiotécnica para alunos de enfermagem com o objetivo de realizar uma avaliação diagnosticada clientela portadora de lesões cutâneas. Nessa população o sexo que predominou foi o masculino com 61%¹⁰.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas de pessoas atendidas na Sala de Curativo do Centro de Referência em Dermatologia Sanitária – Bauru (SP), 2012.

Característica	n	%
Procedência		
SP	477	98,1
MS	3	0,6
RS	2	0,4
MG	2	0,4
MT	1	0,2
SC	1	0,2
Sexo		
Masculino	277	57,0
Feminino	209	43,0
Estado civil		
Casado	240	49,4
Solteiro	114	23,5
Viúvo	86	17,7
Separado	43	8,8
Sem informações no prontuário	3	0,6
Escolaridade		
Sem informação no prontuário	311	64,0
Sem instrução	49	10,1
Ensino Fundamental incompleto	96	19,8
Ensino Fundamental completo	16	3,3
Ensino Médio incompleto	4	0,8
Ensino Médio completo	5	1,0
Ensino Superior incompleto	2	0,4
Ensino Superior completo	3	0,6
Ocupação		
Sem informação no prontuário	67	13,8
Aposentado	168	34,6
Do lar	96	19,8
Serviços gerais	155	31,9
Cor/Raça		
Sem informação no prontuário	3	0,6
Branca	427	87,9
Preta	42	8,6
Parda	13	2,7
Amarela	1	0,2

n=489

A faixa etária das pessoas variou entre 70 anos ou mais, com média 62,9 anos. A prevalência da população idosa encontrada em estudos que investigaram o perfil e características de populações atendidas em ambulatórios de feridas, úlceras ou dermatológicos encontraram resultados semelhantes ao do presente estudo quanto à faixa etária, como a pesquisa realizada em um ambulatório de reparo de feridas,

Tabela 2. Distribuição das características epidemiológicas: morbidade das pessoas atendidas na Sala de Curativo do Centro de Referência em Dermatologia Sanitária (n=486). Bauru (SP), 2012.

Variáveis de Morbidade	n	%
Hanseníase sequela		
Não	299	61,5
Sim	187	38,5
Hanseníase ativa		
Não	476	97,9
Sim	10	2,1
Neoplasias		
Não	437	89,9
Sim	49	10,1
Outras dermatopatias		
Não	406	83,5
Sim	80	16,5

que identificou que 45,7% dos pacientes tinham idade avançada entre 50 a 70 anos¹¹.

Outro estudo que investigou o panorama epidemiológico de pacientes com feridas crônicas evidenciou que o maior percentual da faixa etária foi de 57 a 69 (28%), seguidos de 69 a 82 anos (27%)¹².

Com o processo de envelhecimento, todos os sistemas fisiológicos apresentam diminuição de suas funções, levando a uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões, juntamente com as doenças crônicas, com uma maior frequência nesta população¹³.

Em relação à escolaridade, identificou-se uma ausência/lacuna de registro desse dado nos prontuários que representou 64%, seguido por 19,8% que apresentavam ensino fundamental incompleto, os resultados de pesquisas evidenciaram também a baixa escolaridade nas pessoas com lesões cutâneas das diversas etiologias, o que reflete as condições socioeconômicas do país e do Sistema Único de Saúde¹⁴.

Quanto ao estado civil, 49,4% eram casados. Em um estudo epidemiológico de um ambulatório de úlceras crônicas foram encontrados, na amostra, 54% de casados¹³.

Em relação à raça, em nosso estudo, encontramos 87,9% de pessoas da raça branca. Em um estudo de qualidade de vida de pessoas com úlceras de perna encontram 53,3% de brancos¹⁵.

Os dados encontrados quanto a ocupação num ambulatório de feridas crônicas Médio Vale do Paraíba indicam que 38,4% eram aposentados e do lar, dados que aparecem em nosso estudo em 19,8% da população¹⁶.

Cabe ressaltar que as pessoas apresentaram as seguintes morbidades dermatológicas: Hanseníase com sequela de úlceras em 38,5%; outras dermatopatias com 16,5%; Neoplasias 10,1% e Hanseníase ativa com 2,1%. São raros os estudos que caracterizam a clientela atendida em serviços de saúde específicos na área da dermatologia. Em seu estudo, Barreto e Salgado¹⁷, afirmam que pouco se conhece sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos dos portadores das sequelas da Hanseníase e, sobretudo, das úlceras neurotróficas¹⁷.

A maioria das pessoas que compôs a população apresentava a Hipertensão Arterial Sistêmica (46,1%) como a comorbidade mais frequente. Estes resultados corroboram os estudos realizados em Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária do Estado do Pará e no Ambulatório de Hanseníase do Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), onde foram encontrados 23,52 e 13,9%, respectivamente. A Diabetes Mellitus II foi a segunda mais verificada, em 24,1%. Os dados coincidem com o estudo do HCFMRP-USP, em que a Diabetes mellitus II ocupa a mesma posição de comorbidade mais frequente, com 6,3%^{17,18}.

A Diabetes Mellitus II e Hipertensão Arterial Sistêmica são fatores e risco para Doença Arterial Obstrutiva Periférica e aumentam o risco de úlcera cutâneas em membros inferiores¹⁹.

No presente estudo, observou-se que 44,9% da população estudada apresentavam úlcera neuropática.

O tempo de evolução das úlceras neuropáticas da população em estudo foi em média de 5,4 anos, com desvio-padrão de 7,2. O estudo que investiga a avaliação das úlceras em pessoas com sequelas de Hanseníase e os efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização da ferida revela uma média de tempo de úlcera de 8,08 anos¹⁷.

O tempo prolongado de evolução dessas úlceras está relacionado à patogênese da Hanseníase, pois o *Mycobacterium leprae* atinge as fibras do sistema nervoso periférico que leva a alterações sensitivas, motoras e autônomas, possibilitando traumas frequentes. Essas alterações neurológicas também comprometem a sudorese da região e a circulação de pequenos vasos da pele, podendo levar ao aparecimento de úlceras com vários aspectos. E as úlceras podem estar associadas a comprometimentos das artérias e veias com evolução extremamente crônica^{20,21}.

Quando as úlceras se instalam, elas podem causar dor, depressão, prejuízo na mobilidade física, diminuição na autoestima, isolamento social, incapacidades para o trabalho²², refletindo a necessidade dessas pessoas serem cuidadas pela equipe multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da pesquisa, foi possível descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas da população atendida na sala de curativo de um ambulatório dermatológico do ILSL. Foram analisados 486 prontuários dos quais na população estudada. As características sociodemográficas predominantes foram: o gênero masculino (57%), idade 70 e mais anos (36,42%), casados (49,4%), aposentados (34,6%), raça branca (87,9%), escolaridade com ensino fundamental incompleto (19,8%), procedentes do Estado de São Paulo (98,15%). A grande maioria (n=187; 38,5%) dos indivíduos da amostra era portadora de Hanseníase com sequela (úlceras). A comorbidade prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (n=224; 46,1%), acompanhada de Diabetes Mellitus II com 117 (24,1%). A maioria das úlceras (n=218; 44,9%) encontradas foi neuropática, a média de tempo de existência em anos foi de 5,4 anos, com desvio padrão de 7,2.

Tais achados servem de alerta aos gestores e profissionais, para que conheçam a situação das pessoas atendidas na sala de curativo, no que tange as suas características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas para implementação de protocolos, ações políticas e assistenciais.

Durante a busca das variáveis nos prontuários, foram notados alguns campos não preenchidos, refletindo a necessidade de treinamento e preparo da equipe multiprofissional para uma coleta de dados acurada.

O conhecimento das características dessa clientela contribui para uma melhor compreensão do estado de saúde dos usuários do SUS. Cabe ressaltar que a coleta de dados oferece base às etapas de uma assistência de enfermagem de qualidade. O enfermeiro é um importante catalisador do estado de saúde dos usuários do SUS, podendo com uma coleta de dados bem definida obter resultados para influenciar ações de assistência e políticas públicas.

AGRADECIMENTOS

A Cristiane Scarpellini, Carla Ceppo, Selma Regina Axcar Salotti, Eliane Cecília Delladona Grossi, Giselda Mara das Neves Correa, Laura Márcia Losnak, Joelma Cavalcante Costa, Leornice Romeira Redi, pessoas que muito contribuíram para a realização desse estudo, a elas, toda a nossa gratidão.

REFERÊNCIAS

1. Homepage do Instituto Lauro de Souza Lima [Internet]. Bauru. [citado em 2011 Ago 30]. Disponível em: <http://www.ilsl.br>
2. Gomes FG, Frade MAC, Foss NT. Úlceras cutâneas na hanseníase perfil clínico- epidemiológico. *An Bras Dermatol.* 2007;82(5):433-7.
3. Jiang Y, Xia L, Jia L, Fu X. Survey of wound-healing centers and wound care units in China. *Int J Low Extrem Wounds.* 2015:1-6.
4. Klein K, Guha S. Cutaneous wound healing: Current concepts and advances in wound care. *Indian Journal of Plastic Surgery,* 2014;47(3):303-17.
5. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358 15 out. 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009. Seção 1, p. 179.* [citado em 2012 Jan 26]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=179&data=23/10/2009>
6. Herdman TH, editor. *NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification - 2012-2014.* Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2013.
7. Lima PC, Silva AB, Traldi MC. Determinantes do processo saúde-doença: identificação e registro na consulta de enfermagem. *Rev Intellectus.* [Internet]. 2008;4(5):27-40 [citado em 2012 Jan 25]. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.ashx?codigo=22>
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. *Pesquisa Nacional por amostra de* [citado 2012 Set 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
10. Oliveira BGRB, Rodrigues AL. Cicatrização de feridas cirúrgicas e crônicas: um atendimento ambulatorial de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2003;7(1):104-13.
11. Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de reparo de feridas. *Rev Eletrônica Enferm.* 2012;14(1):156-63.
12. Oliveira BGRB, Castro JBA, Latini PB. Estudo epidemiológico das práticas adotadas no tratamento das lesões crônicas no ambulatório do hospital universitário Antônio Pedro. In: *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: Anais do 16º SENPE – Ciências da Enfermagem em Tempos de Interdisciplinaridade, 2011, Campo Grande. Brasília: Aben Nacional: Seção Mato Grosso do Sul; 2011. p. 1035-8.*
13. Freitas LDO, Waldman BF. O processo de envelhecimento da pele do idoso: diagnóstico e intervenções de enfermagem. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2011;16(supl):485-97.
14. Oliveira FFL, Macedo LC. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região Centro Oeste do Paraná. *Rev Saúde Biol.* 2012;7(1):45-51.
15. Cardozo GM, Bermudes JPS, Araújo LO, Moreira ACMG, Ulbrich EM, Balduino AFA, et al. Contribuições da enfermagem para avaliação da qualidade de vida de pessoas com úlceras de perna. *Rev Estima.* 2012;10(2):19-27.
16. Dias FM, Afonso M, Sá TSB, Morita ABPS, Regina C. Perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de uma cidade do médio vale do Paraíba. *Janus.* 2007;4(6):117-32.
17. Barreto JG, Salgado CG. Avaliação clínico-epidemiológica de úlceras em pessoas de hanseníase. *Hansen Int.* 2007;32(especial).
18. Gomes FG, Frade MAC, Foss NT. Úlceras cutâneas na hanseníase perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. *An Bras Dermatol.* 2007;82(5):433-7.
19. Gabriel SA, Serafim PH, Freitas CEM, Tristão CK, Taniguchi RS, Beteli CB, et al. Doença arterial obstrutiva periférica e índice tornozelo-braço em pacientes submetidos à angiografia coronariana. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(1):49-59
20. Virmond MCL. Instituto Lauro de Souza Lima: uma referência em hanseníase. *Prática Hospitalar.* 2008;60:38-41.
21. Opromolla DVA. Úlceras de perna. In: Jorge AS, Dantas SRPR. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.* São Paulo: Atheneu; 2003. p.271-8.
22. Dealey C. *Cuidando de Feridas – Um guia para as enfermeiras.* 3ª ed. Editora Atheneu, 2008.

Viabilidade do Ensino Padronizado no Conteúdo de Estomaterapia na Graduação de Enfermagem: Proposta de Objeto de Aprendizagem Online

Viability of Standardized Education in Stomatherapy Content Undergraduate Nursing: Proposal Object Online Learning

Viabilidad de Estandarizado Educación en Estomaterapia Contenido Pregrado Enfermería: Propuesta de Objetos de Aprendizaje en Línea

Julia Drummond de Camargo¹, Raquel Acciarito Motta²

RESUMO

O avanço tecnológico e científico referente ao tratamento de feridas, estomias e incontinência vem aumentando consideravelmente, sendo necessária a preparação dos profissionais de enfermagem para as questões éticas e de conhecimento teórico-prático neste segmento. O interesse em propor um ensino padronizado e direcionado ao cuidado em estomaterapia, que congregue várias informações sobre o tema, tendo como subsídio o uso de Objeto de Aprendizagem (OA), converge com a otimização do tempo e do aprendizado dos alunos, visto que nem todos os docentes de enfermagem tem essa especialização. O objetivo deste estudo foi verificar a viabilidade da padronização do ensino sobre estomaterapia no curso de enfermagem com auxílio de objeto de aprendizagem online junto aos docentes da graduação. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem mista, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CoEP - nº 618.806/14). A coleta de dados foi realizada no período de abril e maio de 2014 no Centro Universitário São Camilo, através de cartas convite enviadas pela Coordenação de Enfermagem a 40 docentes do Curso contendo o TCLE e link do questionário online (Google Docs). Quanto aos resultados, dos 18 docentes que responderam o questionário, 78% tinham mais de 20 anos de formação e nenhum especialista em estomaterapia. A análise dos dados revelou como principal resultado que 78% utilizariam o OA em suas aulas. Conclui-se que a elaboração e criação de um protocolo para ensino de estomaterapia na graduação em enfermagem por meio de objeto interativo online seria viável e auxiliaria no processo ensino-aprendizagem.

DESCRITORES: Estomaterapia. Educação em Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Aprendizagem.

ABSTRACT

The technological and scientific advances related to wound care, ostomy and incontinence is increasing considerably, requiring the preparation of nurses for the ethical and theoretical and practical knowledge in this segment. The interest in offering a standardized education and targeted care in stomatherapy, bringing together various information on the subject, with the allowance the use of Learning Objects (OA), converges with the optimization of time and student learning, as not all nursing faculty has this expertise. The objective of this study was to determine the feasibility of standardizing the teaching on stomatherapy in nursing program with online learning object aid from the graduation teachers. This is a field research, descriptive, with mixed approach, approved by the Research Ethics Committee (COEP - No. 618,806/14). Data collection took place between April and May 2014 in Centro Universitário São Camilo,

¹Centro Universitário São Camilo. Hospital Sírio Libânies – São Paulo (SP), Brasil. Endereço para correspondência: Rua João Batista Leme da Silva, 57, – CEP: 05449-030 – Vila Madalena – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: julia_drummond07@hotmail.com

²Ensino à Distância do Centro Universitário São Camilo – São Paulo (SP), Brasil.

Artigo recebido em: 07/03/2015 – Aceito para publicação em: 09/06/2015

by invitation letters sent by the Nursing Coordination to 40 teachers of the course containing the IC and link to the online questionnaire (Google Docs). As for the results, of the 18 teachers who responded to the questionnaire, 78% were over 20 years of training and no specialist stomatherapy. Data analysis revealed main result that 78% would use the OA in their classes. We conclude that the development and creation of a protocol for stomatherapy education in undergraduate nursing through online interactive object would be feasible and would help in the teaching-learning process.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Education, Nursing. Nursing Care. Learning.

RESUMEN

Los avances tecnológicos y científicos relacionados con el cuidado de heridas, ostomía e incontinencia están considerablemente aumentando, lo que requiere la preparación de las enfermeras con relación a los conocimientos ético, teórico y práctico en este segmento. El interés por ofrecer una educación estandarizada y dirigida a la atención en estomaterapia, que recompile diversas informaciones sobre el tema, con la asignación del uso de Objetos de Aprendizaje, converge con la optimización del tiempo y del aprendizaje de los estudiantes, ya que ni todos los profesores de enfermería tienen esta experiencia. El objetivo de ese estudio fue determinar la viabilidad de estandarizar la enseñanza de estomaterapia en el programa de enfermería con el soporte del objeto de aprendizaje en línea con los maestros de pregrado. Se trató de una investigación de campo, descriptiva, con enfoque mixto, aprobada por el Comité de Ética e Investigación (618.806/14). La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y mayo del 2014 en el Centro Universitário São Camilo, por medio de las cartas de invitación enviadas por la Coordinación de Enfermería a 40 profesores del curso que contiene el consentimiento informado y el enlace al cuestionario en línea (Google Docs). En cuanto a los resultados de los 18 profesores que respondieron al cuestionario, el 78% tenía más de 20 años de formación y ninguno era especialista en estomaterapia. El análisis de datos reveló como principal resultado que 78% usaría el Objeto de Aprendizaje en sus clases. Se concluye que el desarrollo y la creación de un protocolo para la educación sobre estomaterapia en enfermería de pregrado, a través del objeto interactivo en línea, serían factibles y podrían ayudar en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Educación en Enfermería. Atención de Enfermería. Aprendizaje.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e científico referente à prevenção e tratamento de feridas vem se ampliando, e inúmeras inovações surgem no mercado a cada dia, tornando necessária a atualização constante de profissionais da saúde e, especialmente, os enfermeiros que atuam nessa dimensão assistencial¹.

Além do cuidado com feridas (procedimento feito em larga escala pela enfermagem), a assistência ao paciente com estomias ou incontinências também fazem parte da gama de conteúdos abordados na área de Estomaterapia. Caso estes cuidados sejam atribuídos à enfermagem, passa a ser necessária a preparação adequada dos profissionais para lidar com cada situação, incluindo tanto questões éticas quanto de conhecimento teórico-prático, além do constante aprimoramento de enfermeiros e a atualização docente.

A complexidade e a diversidade das ações assistenciais, assim como as novas exigências do mercado de trabalho, induzem a uma reflexão sobre a formação profissional. Neste sentido, é sabido que, durante o período de estágio curricular da graduação em enfermagem, o docente ensina e vivencia com os alunos o cuidado, transcendendo seu significado e expressando muito mais do que simplesmente cuidar. Afinal,

realizar procedimentos como cuidar de feridas, estomias e incontinência não é uma tarefa automatizada, mas, sim, reflexiva; necessitando de um conhecimento teórico relacionado à fisiologia da pele, dos produtos existentes no mercado e daqueles que são padronizados no serviço de saúde ou hospital, de forma que estes procedimentos não podem ser realizado apenas como ação meramente técnica, pois envolvem a relação, mesmo que temporária, entre dois seres humanos^{2,3}.

Com isso, surge a importância do ensino padronizado e direcionado, com objetivos bem definidos para proporcionar o aprendizado adequado visando o desenvolvimento profissional do aluno, sendo o protocolo, com uso dos conceitos corretos, estratégias e dinamicidade, um dos principais instrumentos que poderá auxiliá-los.

Na elaboração de um protocolo, é fundamental ter claro o objetivo do mesmo, uma vez que este trabalho requer, além do conhecimento, a disciplina, a paciência e o trabalho em equipe⁴. Sua utilização deverá ser disseminada com a finalidade de se obter uma unidade de pensamento frente ao exposto.

Como o uso de recursos tecnológicos na educação vem agregando valor ao ensino, pensou-se ser este o caminho viável para se otimizar o aprendizado de estomaterapia por

alunos de graduação, principalmente com o uso de Objetos de Aprendizagem (OA) online. Entende-se, portanto, que a gama de procedimentos que envolvem o cuidado de enfermagem nesta especialidade são extensos e diversos. Assim, optou-se inicialmente por verificar a viabilidade do ensino padronizado com uso de OA online de forma genérica, trazendo essa dimensão assistencial que tal especialidade carrega, já que estas atribuições estão contidas no dia a dia do enfermeiro na assistência.

De acordo com a terminologia adotada pelo *Learning Technology Standards Committee (LTSC)* do *Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE)*, os OAs são definidos como uma entidade digital ou não, que poderá ser usada ou reutilizada durante um processo de suporte tecnológico ao ensino e aprendizagem. Alguns exemplos desta tecnologia incluem a aprendizagem interativa, sistemas instrucionais assistidos por computadores inteligentes, sistemas de educação à distância e ambientes de aprendizagem colaborativa⁵.

Define-se que a utilização de um OA constitui um ponto de partida para promover, no aluno, o interesse e a curiosidade em aprofundar seus conhecimentos e não deve-se esquecer que a inclusão digital é um importante estímulo ao processo de aprendizagem dos estudantes e devem reunir características como durabilidade, facilidade para atualização, flexibilidade, modularidade, portabilidade, entre outras^{6,7}.

Neste contexto, mediante o interesse no assunto, as experiências de sala de aula e a observação feita pela autora em sua graduação quanto as diferentes estratégias e recursos de ensino usados para abordar os temas relacionados a estomaterapia, seja em aulas teóricas, práticas ou nos estágios, pôde-se perceber que havia uma grande quantidade de conteúdo sobre o tema que deveria ter sido abordado e não foi, mediante fatores que destinavam tal situação, como: carga horária insuficiente, a superficialidade no trato do assunto pelo docente e o tema aparecer em matérias e semestres diferentes de forma fragmentada, desconexa da assistência sistematizada.

Assim, o estudo mostra-se relevante pois, ao ser investigada a percepção docente sobre a viabilidade de um protocolo de ensino nas áreas da estomaterapia para estudantes de graduação em enfermagem com uso de recurso tecnológico online (OA), pôde-se tentar garantir a uniformidade e a consonância da prática assistencial à realidade atual, esperando obter o melhor preparo dos alunos, visto que nem todos os docentes são especialistas no assunto.

Por se tratar de um tema extenso, a palavra *estomaterapia* foi abordada nos questionamentos junto aos docentes como intuito de fazê-los visualizar o conceito como um todo e não fragmentado pelas três áreas que o compõem: ferida, estomias e incontinência, numa tentativa de fazer os sujeitos refletirem sobre a grandeza de tais temas e suas ações, próprias dos enfermeiros, que poderão ser utilizados no ensino com qualidade, de forma atrativa e interativa, com o uso de Objetos de Aprendizagem Online.

Como neste aspecto o docente é o responsável pelas escolhas que faz em seu planejamento de ensino, o envolvimento destes no preparo de um material para os estudos online é de extrema importância. Assim, surgiram as seguintes questões problema: O docente julga ser importante o ensino da estomaterapia na graduação em enfermagem? Ele acredita que o ensino com conteúdo padrão pode melhorar o aprendizado do aluno? Ele acha viável a implantação de um protocolo de ensino através de objeto de aprendizado, visando a aprendizagem ampla e padronizada?

OBJETIVO

Verificar a viabilidade do ensino padronizado de estomaterapia para a graduação em enfermagem com auxílio de objeto de aprendizagem junto aos docentes de graduação, permitindo a construção consciente e democrática do mesmo para seu uso racional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem mista (quali-quantitativa), onde foram exploradas, junto aos docentes do Curso de Enfermagem de um Centro Universitário situado na Cidade de São Paulo, questões sobre a viabilidade da implantação de um protocolo de ensino sobre estomaterapia.

Após elaborado, o projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sendo aprovado através do parecer nº 618.806/14.

A pesquisa foi dividida em três etapas: solicitação de autorização da coordenação do curso de graduação de enfermagem, através do envio, por e-mail, da Carta de autorização do coordenador do curso de graduação de enfermagem para realização da pesquisa, Carta de autorização da instituição

para realização da pesquisa; e o envio, por e-mail de uma carta convite para a pesquisa aos docentes que participaram da pesquisa. A segunda etapa foi o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente com o instrumento de coleta de dados de questionário online (confeccionado contendo perguntas abertas e fechadas sobre o tema proposto no estudo), onde, através de e-mail, foi enviado um link para o *Google Docs*, que continha o acesso as questões.

O *Google Docs* é um processador de textos e planilhas baseado na web, que permite a criação e edição de questionários online e a elaboração de resultados em gráficos, que serão apresentados neste estudo em números absolutos e percentuais.

Desta forma, esta pesquisa se apoiou em dois referenciais teóricos. O primeiro foi o referencial teórico de Bardin (Análise de Conteúdo), que deu subsídio para análise e foi capaz de proporcionar a compreensão e cruzamento de dados na manifestação do coletivo de forma simples e organizada dos ensinamentos e percepções encontradas no estudo. E para elaboração do protocolo (ainda em protótipo – slide), foram utilizados os dados coletados e analisados através de pesquisa bibliográfica em protocolos e trabalhos publicados na área, cujo mesmo será criado se a percepção dos docentes for positiva para seu uso futuro no ensino, utilizando como referência o trabalho sobre “Protocolo de cuidados à saúde e organização do serviço” de Marcos Werneck, onde se observa que

a elaboração de protocolos é um longo processo e sua efetiva implantação nem sempre ocorre de maneira imediata, sendo necessário que o protocolo passe por um período de construção participativa⁴.

Foram convidados a participar da pesquisa 40 docentes da graduação em enfermagem, do primeiro ao último semestre do curso, independente de ministrarem aula na área teórica ou prática, sendo que, destes, 18 docentes aceitaram participar da pesquisa e responderam o questionário dentro do prazo estipulado no cronograma de pesquisa.

Para análise das respostas, os docentes participantes da pesquisa foram nominados por Deuses da mitologia grega, preservando assim a sua identidade. Dessa forma, assim como os “Deuses”, os docentes têm a atribuição de mediar e coordenar as vivências por quais os alunos passarão, demonstrando o pleno poder e consciência de seu papel ao auxiliar os passos no caminho dos novos profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após período de preenchimento do questionário online pelos sujeitos, ocorreu a análise dos dados coletados através das respostas dos participantes. Dessa forma, buscou-se dividir a discussão em dois subtemas:

1. Caracterização dos Participantes
2. Viabilidade da Implantação do Protocolo de Ensino

Caracterização dos Participantes

Através da análise das respostas do questionário, verificou-se que os 18 (100%) participantes são do sexo feminino, 4 (22%) são formadas há mais de 10 anos e conforme pode ser conferido nos Gráficos 1 e 2, 14 (78%) são formadas há mais de 20 anos. Além disso, 13 (72%) são mestres e 5 (28%) doutores, conforme ilustram os Gráficos 1 e 2.

Quanto as áreas em que as participantes lecionam na graduação, dois (11%), lecionam apenas na área de estágio, dois (11%) na área teórica e laboratório, nove (50%)

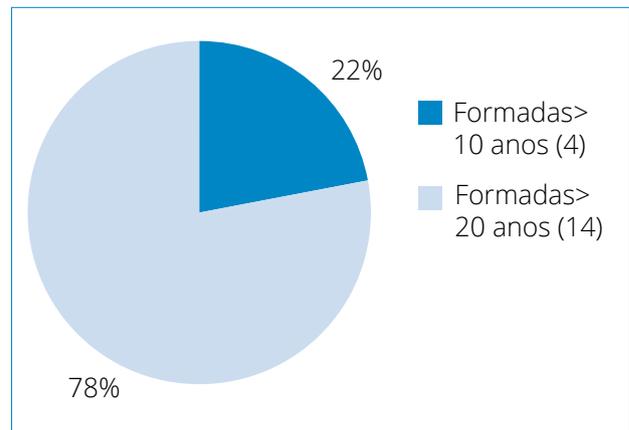


Gráfico 1. Tempo de Formação dos Docentes.

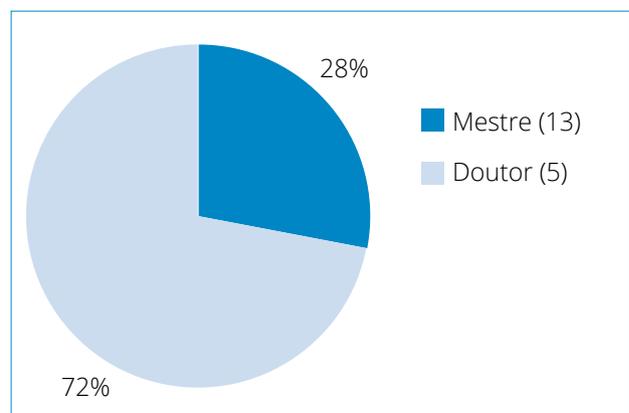


Gráfico 2. Titulação do Docente.

na área de estágio e teórica, e cinco (28%) lecionam nestas três áreas (estágio, teoria e laboratório), conforme demonstrado no Gráfico 3.

Viabilidade da Implantação do Protocolo

Foram realizadas sete perguntas relacionadas diretamente a opinião das docentes participantes frente a possibilidade de implantação do protocolo, conforme ilustra a Tabela 1.

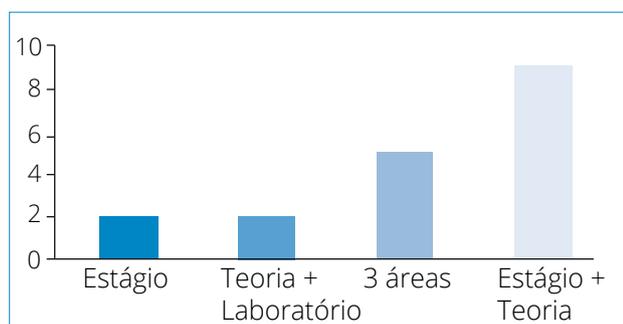


Gráfico 3. Área que atuam na graduação em Enfermagem

Dentro deste segundo subtema, foram analisadas as respostas das docentes ao questionário e categorizadas e tematizadas de acordo com o referencial teórico sobre análise de conteúdo de Bardin, que visa a categorização das respostas que mais aparecem e a tematização destas em diferentes itens para serem analisados e discutidos separadamente, buscando melhor descrição e definição das respostas encontradas no presente estudo.

A docente que descreveu que **não** acredita ser importante o ensino de estomaterapia na graduação de enfermagem, afirma:

Não. Acho a área de especialização e pode ser dada como curso de extensão. (Éros)

Debate-se que a prática profissional é essencial na formação do enfermeiro; porém, sem um conhecimento básico e norteador para seus cuidados, esta se torna apenas uma ação sem o elemento crítico-reflexivo essencial na sua atuação. Sendo assim, é preciso considerar a realidade e fundamentar-se nela como geradora dos processos de mudança e iluminadora dos caminhos a serem alterados e percorridos, para que

Tabela 1. Categorização das respostas às questões abertas.

Pergunta	Resposta	Justificativa
Experiência com estomaterapia?	SIM – 12 (67%)	A experiência pessoal de cada docente reflete que nem todas tiveram vivência com estoma em sua vida profissional
	NÃO – 6 (33%)	
Importância do ensino de estomaterapia na graduação de enfermagem?	SIM – 17 (94%)	Aumento da Demanda; Melhora na assistência; Preparo profissional Área de especialização
	NÃO – 1 (6%)	
Ensino padronizado proporciona um aprendizado mais adequado?	SIM – 9 (50%)	Fixa/Norteia melhor o conhecimento/aprendizado Apenas a vivência e não deve se restringir a um semestre
	NÃO – 1 (6%)	
Protocolo de ensino de estomaterapia na graduação favoreceria atuação docente?	DEPENDE – 8 (44%)	Conteúdo adequado e atrativo Norteia e padroniza o ensino Falta de experiência Exigência do conteúdo na prática (estágio)
	SIM – 11 (61%)	
	NÃO – 3 (17%)	
Conteúdo padronizado de estomaterapia favoreceria aprendizado do aluno?	DEPENDE – 4 (22%)	Auxilia e traz segurança para a prática profissional/Campo de estágio) Inicia o ensino, porém precisa de iniciativa do aluno (6)
	SIM – 10 (56%)	
Ensino padronizado através de objeto de aprendizagem permite que o aluno tenha melhor aprendizado e fixação do conteúdo?	DEPENDE – 8 (44%)	Tecnologia auxilia e motiva na fixação do aprendizado (6) Interesse do aluno (3)
	SIM – 11 (67%)	
Utilizaria objeto de aprendizagem sobre estomaterapia?	DEPENDE – 7 (39%)	A maioria dos docentes utilizariam o OA
	SIM – 14 (78%)	
	NÃO – 4 (22%)	

OA: Objeto de Aprendizagem

o enfermeiro seja capaz de tomar decisões sobre o cuidado de feridas, é necessário um conhecimento científico prévio^{8,9}.

Aumento da demanda (6)

A maioria das participantes acredita ser importante o ensino de estomaterapia devido ao aumento da demanda de pacientes que se encontram em situações vulneráveis com presença de feridas e/ou estomias. Consta abaixo a fala de docentes para justificar sua importância:

Sim. Porque hoje há muitos pacientes nessa condição.
(Adonis)

Como exemplo do crescente número de pacientes atendidos com feridas, como a úlcera por pressão (UPP), que a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a incidência e prevalência das UPP como indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a *National Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) indica que a prevalência desta nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) varia de 3 a 14%, aumentando para 15 a 25% nos casos de pacientes que se encontram em repouso absoluto. Por outro lado, no Brasil, estudos na literatura demonstram que a taxa de incidência em pacientes hospitalizados em UTI varia de 10,6 a 55,0%, bem como sabe-se que até 95% destes casos de UPP poderiam ser prevenidos¹⁰. Outra estatística descrita aponta que as ulcerações de pé atingem cerca de 15% dos pacientes com diabetes mellitus; e estas têm altos índices de recidiva¹¹.

Além disso, é fundamental o conhecimento frente a incontinências, tendo como objetivo a prevenção de dermatites associadas a umidade ou fraldas, ou ainda a importância do controle destas para prevenção de infecções, sendo ambos aspectos gerenciados quando se fala em aumento do tempo de internação de pacientes.

Dessa forma, observa-se a importância de tal ensino, visto que os alunos se depararão se não em campo de estágio, em algum momento de sua vida profissional, com estes pacientes e, devido a isso, devem ser retentores dos conhecimentos necessários para o manejo de seus cuidados.

Fixa/Norteia melhor o conhecimento (4)

Observa-se que entre as nove docentes que afirmaram que o ensino padronizado proporciona aprendizado adequado, ressalta-se a categoria: fixa/ norteia o conhecimento/ aprendizado, conforme demonstra o relato a seguir:

Sim. Pois norteia e capacita o fazer terapêutico do aluno. (Éros)

O ensino padronizado traz para a prática clínica maior segurança para o aluno na hora de prestar assistência e futuramente em sua vida profissional, conduzindo-o a um movimento de conhecimento e atitudes que o tornem capaz para o trabalho.

Dessa forma, o cuidado de enfermagem pode ser definido como um fenômeno resultante do processo de cuidar, do desenvolvimento de atitudes, ações e comportamentos no sentido de promover, manter ou recuperar a dignidade e a totalidade humana. Essas ações devem ser fundamentadas no conhecimento científico, na experiência, na intuição, no pensamento crítico, ou seja, este cuidado também deve ser embasado em evidências científicas¹².

Conteúdo adequado e atrativo (3)

Quanto as docentes que afirmaram que tal contestação depende, a principal justificativa é de que, para isso, o conteúdo a ser ensinado precisa ser adequado e atrativo, sendo esta questão transcrita na resposta abaixo:

A proposta precisa ser bem atrativa, bem estruturada [...].
(Afrodite)

Para que o conteúdo ensinado seja fixado, é preciso que este seja adequado no sentido de ampliar o conhecimento do aluno e incentivá-lo a buscar capacitação em suas ações como enfermeiro, firmando assim um compromisso, não só dos docentes, como também dos alunos frente ao tema abordado e ações a serem praticadas, não apenas como obrigação na grade curricular ao aluno, mas pelo reconhecimento da importância do tema na prática profissional de enfermagem.

Vivência na prática profissional (1)

Para a docente que declarou que este método não proporciona aprendizado adequado e que este conteúdo necessita da vivência profissional não devendo se restringir a um semestre, cabe trazer o debate frente à importância do preparo do aluno quanto ao embasamento científico como instrumento de apoio para esta vivência profissional. Pois, além de ter a meta de treino prático, o estágio é o processo pedagógico de formação profissional que tenta interligar, como uma ponte, a formação teórica e científica,

possibilitando ao estudante estabelecer correlações entre o referencial teórico e as situações do cotidiano². Sendo assim, para que o aluno possa adquirir segurança em suas ações, é necessário que este tenha um conhecimento básico bem delineado, pois este serve como um norteador.

Norteia e padroniza o ensino (5)

Entre as 11 docentes que disseram que o protocolo favoreceria suas atuações como docentes, a principal justificativa é de que este norteia o ensino:

Sim. Porque um protocolo de ensino de ensino de estomatoterapia seria como um norteador. (Zeus)

Evidencia-se um desafio para os docentes no que concerne a preparação dos alunos para carreira profissional, sendo esta uma grande preocupação relacionada ao ensino de seus alunos para prestarem uma assistência individualizada, sistematizada, avaliando e prescrevendo uma cobertura ideal para a cicatrização. Esta preocupação é o primeiro passo para contribuição do desenvolvimento dos alunos, visto que estes procuram os docentes como apoio para construir um mecanismo de *coping*^{2,8,13}.

Para isso, é necessário que os docentes tenham domínio das técnicas e estratégias para ensino, auxiliando os alunos em sua busca pela capacidade profissional, cabendo ressaltar que uma padronização de ensino através de um protocolo auxiliaria quanto ao conteúdo a ser ensinado, permitindo que este seja transmitido com segurança e efetividade, servindo como um norteador para o docente e criando um padrão que traga segurança de que o conteúdo foi repassado.

Exigência do conteúdo na prática (estágio) (2)

Para as docentes que disseram que tal questão depende, suas justificativas são que este protocolo auxiliaria se a matéria/estágio exigir tal conteúdo, porém não deve ser a única contribuição. Tal contestação é demonstrada a seguir:

Depende. Seria uma contribuição importante, porém não deve ser a única. (Deméter)

Para estes, o protocolo auxiliará de acordo com a exigência da prática assistencial e, sendo assim, esta não deve

ser a única contribuição para o ensino do aluno, devendo permitir novas discussões e reestruturações.

Feridas crônicas são encontradas em todos os segmentos sociais. No Brasil, não é diferente. De forma generalista, pode-se citar como causa básica a grande demanda e busca de atendimento e a carência de recursos para atendê-la adequadamente¹⁴. Sendo assim, o protocolo pode trazer um enriquecimento e direcionamento do ensino, porém é necessário que o docente tenha bem definido a importância de seu papel e conhecimentos específicos e individuais para proporcionar o melhor aprendizado e apoio na formação dos alunos.

Falta de experiência (3)

Para as docentes que disseram que o texto *não* favoreceria suas atuações, a justificativa é de que esta é uma área muito específica e por elas não atuarem e/ou não terem experiência na área:

Não. Porque não atuo com esta especialidade de pacientes. (Apolo)

Surge aqui a contestação de que esta área de ensino contemplaria uma especialidade complexa ou a falta de experiência no cuidado, assuntos estes discutidos nos itens anteriores, onde ficou evidente o aumento no número de atendimentos a pacientes com feridas e estomias, e a necessidade do preparo do profissional enfermeiro que lidará diretamente com esta assistência. Ainda, por formação, o enfermeiro deve estar capacitado com um conhecimento teórico básico sobre o tema. Como exemplo, pode-se citar docentes da matéria de gestão, que na maioria das vezes não atuam diretamente na assistência, mas devem abordar os conceitos de cuidados com UPP devido ao reflexo desta incidência nos custos, tempo de internação e condições de trabalho de sua equipe.

Auxilia e traz segurança para a prática profissional/Campo de estágio (7)

As justificativas das docentes que afirmaram que o conteúdo padronizado favoreceria o aprendizado do aluno foram exemplificadas abaixo:

Sim. Favorece porque irá padronizar as informações na abordagem do tema, o aluno terá o material didático, facilitando a aplicabilidade do ensino clínico (estágio). (Selene)

É de se esperar que o emprego do protocolo possibilite melhor conhecimento do padrão cultural e de suas demandas, além da construção de um processo de trabalho no qual haja elaboração de metas que permitam avaliar processos e resultados, conduzindo a avaliações mais seguras e constantes que leve à incorporação de novas tecnologias⁴.

Além do conhecimento, o cuidar envolve o corpo físico e o espaço íntimo/subjetivo do indivíduo. Esse procedimento não pode ser realizado apenas como uma ação técnica, pois envolve uma relação, mesmo que temporária, entre dois seres humanos². Dessa forma, pode-se dizer que o protocolo delinearía uma assistência efetiva, permitindo espaço para o desenvolvimento e trabalho frente a questões reflexivas, emocionais e éticas que envolvem tal cuidado.

Inicia o ensino, porém precisa de iniciativa do aluno (6)

Quanto as docentes que disseram que tal questão é relativa, sua principal justificativa é de que este apenas inicia o aprendizado do aluno e necessita de preparo/interesse do mesmo, como descreve a resposta:

Favorece se o aluno for ativo no aprendizado, que tenha que buscar informação. (Hades)

O emprego responsável de protocolos deve ser consequência de um processo de planejamento, pois gera a necessidade de que os profissionais estejam atentos e deflagrem um movimento de acompanhamento constante. A depender de como ocorrer o processo de discussão, adoção e implantação, é possível afirmar a efetividade destes como instrumentos de mudanças e de aumento da capacidade crítica dos profissionais e melhora do seu desempenho⁴.

Sendo assim, não basta apenas implantar um protocolo na instituição. É necessário que os profissionais e alunos estejam preparados para interagir com tal e que estejam envolvidos com o conhecimento de forma a levá-lo com qualidade para o campo de estágio, tendo consciência da importância de tal conhecimento no cuidado de feridas, bem como seu papel em busca de excelência.

Tecnologia auxilia e motiva a fixação do aprendizado (6)

A principal justificativa das docentes que responderam que a tecnologia auxilia e motiva a fixação do aprendizado foi de que a tecnologia e recursos interativos são importantes na fixação:

Sim. Porque hoje existem muitos recursos tecnológicos que contribuem positivamente no aprendizado do aluno, inclusive na sua fixação. (Deméter)

Para que o conteúdo ensinado seja assimilado corretamente é preciso que este seja adequado a proposta de ensino de estomaterapia da graduação de enfermagem e para melhor compreensão pelos alunos necessita ser interativo e atrativo para despertar seu interesse.

Sendo assim, de acordo com as respostas das docentes frente à utilização de OA, observa-se que, quando este está integrado a um programa com ferramentas e instrumentos que permitam a interação, seu conteúdo transmite os conceitos corretos a serem ensinados e a sua projeção e arquitetura trazem uma formatação atrativa para o aluno, bem como sua utilização e *feedback* são positivos.

Interesse do aluno (3)

E ainda, para as docentes que responderam que depende, estas acreditam principalmente que o aprendizado depende do interesse do aluno, devendo este ser ativo em busca de seu conhecimento:

Depende. [...] O aluno precisa ter vontade de aprender... (Prometheus)

O conhecimento é concebido como resultado da ação do sujeito sobre a realidade, estando o aluno na posição de protagonista no processo de aprendizagem¹⁵. Sendo assim, conforme debatido em alguns tópicos anteriores, para que o ensino seja melhor compreendido pelo aluno é preciso que este adote uma postura proativa referente a sua busca por capacitação profissional.

Dessa forma, verifica-se que a maioria das docentes é a favor da aplicação de um protocolo de ensino de estomaterapia na graduação de enfermagem através de um objeto de aprendizagem, relatando que o utilizariam. Porém, para este ser efetivo há necessidade de ser muito bem elaborado, respondendo aos princípios propostos de ensino da graduação.

Certamente, este trabalho finalizado prosseguirá para a futura avaliação e validação junto ao corpo discente, o que acontecerá em outro momento de pesquisa tendo em vista o seu olhar enquanto usuário do OA.

CONCLUSÃO

Observou-se que a maioria das docentes participantes da pesquisa acreditam que o ensino padronizado auxiliaria de alguma forma sua atuação docente e o aprendizado dos alunos. Porém, para que isso seja efetivo, deixam explícito a necessidade do envolvimento de alunos e docentes com o conteúdo a ser ministrado, sem a limitação do conhecimento apenas baseado no objeto de aprendizagem online, o que deverá ser desenvolvido também através da pesquisa e da prática clínica.

Cabe ressaltar que, na amostra de sujeitos investigados, não surgiu um docente que tivesse especialização em estomatoterapia, o que demonstra ainda mais a necessidade de padronização e disponibilização de Objetos de Aprendizagem de qualidade, que possam auxiliar na atuação docente nesta área, mediante, inclusive, a validação prévia de especialistas ao material a ser criado. Concluiu-se que o cuidado adequado com feridas, estomias e incontinências é de extrema importância e o resultado aqui exposto revela a necessidade de se repensar o ensino para o preparo suficiente e adequado a alunos da graduação e futuros profissionais frente aos temas que envolvam a estomatoterapia.

REFERÊNCIAS

1. Paula MAB. Aspectos da assistência domiciliar à pessoa com feridas. *Rev Estima*. 2011;9(2):39-44.
2. Salomé GM, Espósito VHC. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(6):822-7.
3. Farias DECS, Lorencette DAC. A função administrativa do enfermeiro na ótica dos estudantes de graduação. *Cad Centro Universitário São Camilo*. 2005;11(2):61-75.
4. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFGM; Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Protocolo_de_cuidado_a_saude_e_de_organizacao_de_servico_1/223
5. IEEE Learning Technology Standards Committee. Draft Standard for Learning Object Metadata. Learning Technology Standards Committee Website. [internet] 2000. Disponível em <http://ltsc.ieee.org/>
6. Silveira AM, Santos LM, Trevisan MCB, Bisognin E, Fagan SB, Bisognin V. Desenvolvimento de um Objeto de Aprendizagem sobre a poluição global. *Rev Renote*. 2006; 4(2): 1-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/14292/8208>
7. Tarouco LMR, Fabre MCJM, Tamusiunas FR. Reusabilidade de objetos educacionais. *Rev Renote*. 2003;1(1). Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/13628/7697>
8. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):488-91.
9. Caliri MHL, Martins GP. Análise da produção científica da enfermagem brasileira na área de feridas crônicas e meios utilizados para sua disseminação. *Rev Estima*. 2008;6(1):14-21.
10. Soares DAS, Vendramin FS, Pereira LMD, Proença PK, Marques MM. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(4):578-81.
11. Rezende KF, Nunes MAP, Melo NH, Malerbi D, Chacra AR, Ferraz MB. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2008;52(3):523-7.
12. Santos ROM, Vieiral GCA, Brandão ES, Cavalcanti ACD. Cuidados de enfermagem no tratamento de feridas: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Estima*. 2008;6(4):9-12.
13. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto & Contexto*. 2008;17(1):98-105.
14. Cunha NA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas [Projeto online]. Olinda; 2006. Disponível em: http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf
15. Behar PA, Passerino L, Bernardi M. Modelos pedagógicos para educação a distância: pressupostos teóricos para a construção de objetos de aprendizagem. *Rev Renote*. 2007;5(2).

Pessoas Idosas e Vulnerabilidade para Feridas Vasculogênicas: Marcadores para o Cuidado e o Envelhecimento Ativo

Elders and Vulnerability to Vascular Wounds: Markers for the Care and Active Ageing

Ancianos y Vulnerabilidad para las Lesiones Vasculares: Marcadores para el Cuidado y el Envejecimiento Activo

Nathália Alvarenga-Martins¹, Helena Megumi Sonobe², Cristina Arreguy-Sena¹, Luciene Muniz Braga³, Luana Mendes de Souza⁴

RESUMO

Pesquisa tipo convergente assistencial que objetivou analisar a vulnerabilidade de pessoas com 65 anos ou mais para ocorrência de feridas vasculogênicas a partir de parâmetros clínicos não invasivos, na busca por marcadores para subsidiar o cuidado e o processo de envelhecimento ativo e reunir evidências para estabelecer recomendações terapêuticas coerentes com as vulnerabilidades identificadas, com uniformização de terminologias para prescrição e avaliação de intervenções de enfermagem. Investigação realizada numa Unidade de Atenção Primária à Saúde do interior de Minas Gerais. Amostra por conglomerado. Foram atendidos os requisitos éticos e legais para pesquisa envolvendo seres humanos. Participaram 70 pessoas com mais de 65 anos de idade, residentes na área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, sendo identificado risco para úlceras vasculogênicas em 41,1% dos participantes. Foram propostas intervenções segundo *Nursing Intervention Classification* (NIC) e avaliação dos resultados segundo *Nursing Outcome Classification* (NOC). A magnitude da vulnerabilidade à ocorrência de doença arterial obstrutiva periférica alerta para uma lacuna na abordagem preventiva de lesões vasculogênicas, tendo em vista que não houve procura por serviços de saúde para este fim ou aproveitamento das oportunidades de consultas com outras finalidades para que intervenções preventivas fossem realizadas.

DESCRITORES: Estomaterapia. Enfermagem. Úlcera da Perna. Envelhecimento.

ABSTRACT

Assistant convergence type which aimed to analyze the vulnerability of people aged 65 years or older to occur vasculogenic wounds from noninvasive clinical parameters in view of the search for markers to subsidize the care and the process of active aging, and gather evidence to outline treatment recommendations consistent with the identified vulnerabilities, using the unifying language to name them. Research conducted in Health Unit Primary in Minas Gerais. Cluster sample. Legal and ethical requirements for research involving human subjects were met. Participated in 70 people over 65 years of age living in the catchment area of a unit of Primary Health Care, identified some risk to vasculogenic ulcers in 41.1% of participants. Were proposed interventions seconds Nursing Intervention Classification (NIC) and evaluation of results according Nursing Outcomes Classification (NOC). The magnitude of vulnerability to the occurrence of peripheral arterial disease alert to a gap in preventative approach vasculogenic injuries, given that there was no demand for health services for this purpose nor use of opportunities of queries for other purposes for which interventions preventive were performed.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Estomaterapia. Nursing. Leg Ulcer. Aging.

¹Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Nathália Alvarenga-Martins – Rua Espírito Santo, 1286 – Centro – CEP: 36016-200 – Juiz de Fora (MG), Brasil – E-mail: nath.alvarenga.martins@gmail.com

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa – Viçosa (MG), Brasil.

⁴Instituto de Previdência dos Servidores Militares de Minas Gerais – Juiz de Fora (MG), Brasil.

Artigo recebido em: 07/06/2015 – Aceito para publicação em: 19/07/2015

RESUMEN

Investigación tipo convergente asistente que tuvo como objetivo analizar la vulnerabilidad de personas de 65 años o más para la ocurrencia de heridas vasculogénicas por medio de parámetros clínicos no invasivos, en la búsqueda de marcadores para subsidiar el cuidado y el proceso de envejecimiento activo y reunir evidencias para establecer las recomendaciones de tratamiento consistentes con las vulnerabilidades identificadas, utilizando terminologías uniformes para la prescripción y la evaluación de las intervenciones de enfermería. El estudio fue realizado en la Unidad Primaria de Salud en Minas Gerais. Muestreo por conglomerado. Se han cumplido los requisitos legales y éticos para la investigación en seres humanos. Participaron 70 personas de más de 65 años de edad, que vivían en la zona de captación de una Unidad de Atención Primaria de Salud, siendo identificado un riesgo para heridas vasculogénicas en el 41,1% de los participantes. Fueron propuestas intervenciones, según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la evaluación de los resultados de acuerdo con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC/CRE). La magnitud de la vulnerabilidad a la ocurrencia de la enfermedad arterial obstructiva periférica advierte para la necesidad del enfoque preventivo para lesiones vasculogénicas, siendo que no había ninguna demanda de servicios de salud para este propósito o uso de las oportunidades de consultas para otras finalidades para que se pudieran realizar intervenciones preventivas.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Enfermería. Úlcera de la Pierna. Envejecimiento.

INTRODUÇÃO

No Brasil, define-se a entrada no processo do envelhecimento pela idade cronológica a partir dos 60 anos, enquanto, nos países desenvolvidos, a idade considerada é 65 anos. A população brasileira está estimada em 190.723.694 habitantes, sendo que a população idosa representa 11% da população total, 5% dela composta por homens e 6% por mulheres¹.

Face as projeções da população com 60 anos de idade ou mais para os anos de 2025 e 2050, há conjugação de esforços dos profissionais de saúde, pessoas idosas e seus familiares no sentido de buscarem meios e recursos capazes de favorecer um processo de envelhecimento com redução das incapacidades funcionais^{2,3}.

A Estomaterapia, como uma especialidade da enfermagem responsável pela assistência de pessoas com estomias, feridas e incontinências urinária e intestinal, tem importante papel no manejo do processo de envelhecimento⁴. Isso porque o envelhecimento representa significativo fator de risco para o desenvolvimento de algumas comorbidades, como as de origem vasculogênicas, que podem resultar na necessidade de tratamento de feridas crônicas⁵.

No âmbito das feridas vasculogênicas, o enfermeiro deve atuar na prevenção, detecção precoce de risco e recuperação. Esta atuação pode se dar de forma autônoma ou enquanto integrante de uma equipe multiprofissional, com intervenções que permeiam a assistência direta, a educação em saúde e o estímulo à pessoa idosa pela busca e manutenção de sua autonomia, possibilitando um envelhecimento ativo⁵⁻⁷.

O termo “envelhecimento ativo” está vinculado à concepção de saúde ampliada, o que equivale a retratar a preocupação com: a saúde e o bem-estar; a integração das pessoas em fase de envelhecimento dentro do ciclo de vida; a sua inserção no mercado de trabalho (in)formal; a sua participação e integração nos programas de formação continuada,

a possibilidade e direito de acesso aos bens e às tecnologias disponíveis para promover a saúde e integração plena e maximizada aos bens disponibilizados pela sociedade^{8,9}.

A prevenção de agravos e identificação precoce de vulnerabilidade para úlceras vasculogênicas é passível através de estratégias de baixo custo e proporcionam impacto sobre o processo de envelhecimento ativo^{10,11}. Buscas de tecnologias sustentáveis, não invasivas e factíveis do ponto de vista da atenção primária são estratégias capazes de subsidiar a assistência de enfermagem junto à pessoa idosa com risco para úlceras vasculogênicas¹².

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela utilização de parâmetros clínicos não invasivos, constituindo uma abordagem de baixo custo, compatível com a prática laboral de enfermagem na atenção primária à saúde e capaz de identificar risco para ocorrência de úlceras vasculogênicas; identificação de risco para ocorrência de úlcera vasculogênicas, ou seja, de eventos intervenientes sobre a capacidade funcional e o envelhecimento saudável e ativo da pessoa com 60 anos de idade ou mais e a prevenção do surgimento de úlcera vasculogênica pela identificação de riscos para sua ocorrência e pela adoção de intervenções para redução destes riscos.

OBJETIVO

Analisar a vulnerabilidade de pessoas com 65 anos ou mais para ocorrência de feridas vasculogênicas a partir de parâmetros clínicos, na busca por marcadores para subsidiar o cuidado e o processo de envelhecimento ativo, e reunir evidências para estabelecer recomendações terapêuticas coerentes com as vulnerabilidades identificadas, com uniformização de terminologia para prescrição e avaliação de intervenções de enfermagem.

MÉTODO

Pesquisa tipo convergente assistencial^{13,14} com população de seleção completa de cinco microáreas cadastradas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma cidade do interior de Minas Gerais. A UAPS realizava a cobertura de 4.600 famílias e não possuía Estratégia de Saúde da Família, funcionando segundo Modelo Tradicional.

Os participantes deste estudo foram recrutados a partir de visita domiciliar da equipe de saúde da referida UAPS, tendo sido necessários dois encontros; o primeiro para apresentação e agendamento de retorno, e o segundo para realização da coleta de dados propriamente dita e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram critérios de elegibilidade: pessoas de ambos os gêneros, com 65 anos de idade ou mais, sem distinção de nível de escolaridade, racial ou étnica; usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de abrangência onde os dados foram coletados e que concordaram em participar como voluntários não remunerados.

Foram excluídos do estudo sete potenciais participantes que não atenderam aos critérios de inclusão, sendo dois porque não foram encontrados após três visitas domiciliares subsequentes; dois por mudança de endereço; um pelo fato de se encontrar internado durante o período de coleta de dados e dois por terem se recusado a participar da pesquisa ou desejado interromper a participação ao longo de sua realização.

Utilizou-se instrumento de coleta de dados contendo:

1. caracterização sociodemográfica;
2. avaliação clínica dos Membros Inferiores (MMII) quanto à pigmentação, edema, integridade, queixa de dor em queimação, sensação de peso/cansaço em MMII, comorbidades e comportamentos de risco;
3. perfil de procura por atendimento de saúde e
4. aferição do Índice de Tornozelo-Braquial (ITB) para avaliação de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP).

O questionário aplicado se compôs de avaliação clínica e questões fechadas. Os dados foram coletados de outubro de 2013 a abril de 2014.

Para a mensuração e cálculo do ITB, aferiram-se os índices pressóricos das artérias braquiais e pediosas, conforme VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica e protocolos¹⁵. Os usuários foram mantidos em repouso por cinco minutos e em decúbito dorsal, e a Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi aferida nos quatro membros (artérias pediosas e braquiais direita e esquerda). O ITB foi calculado com base na maior PAS registrada nos Membros Superiores (MMSS) e MMII. O valor foi obtido mediante divisão da maior PAS em cada artéria dos MMII pela maior PAS obtida nos MMSS, conforme a fórmula para ITB. Os valores de referência foram: ITB anormal <0,90 e

>1,30; ITB normal de 0,91 a 1,29^{11,16}. Cabe mencionar que, para elaborar a proposta de intervenções compatíveis com os possíveis problemas identificados, foram utilizadas as taxonomias *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcome Classification* (NOC).

Os dados foram consolidados em planilha do programa estatístico SPSS e tratados por análise descritiva e por testes de correlação.

O estudo atendeu todas as recomendações éticas e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, em consonância com legislação brasileira, tendo sido o projeto aprovado em Comitê de Ética sob nº 341.116. Pesquisa envolvendo riscos mínimos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 70 pessoas com 65 anos de idade ou mais, sendo 43 (61,4%) mulheres; idade média de 73,46 anos (variabilidade 65 a 92 anos e desvio padrão 6,26); 36 (51,4%) eram casados e 34 (48,6%) viviam sem companheiro(a).

Em relação à renda, 36 (51,4%) recebiam um salário mínimo; ao grau de escolaridade, 24 (34,3%) eram analfabetos, 64 (91,5%) tinham até 8 anos de estudo, sendo que 3 (4,3%) deles tinham variabilidade máxima de 11 anos de estudo. Dos participantes, 64 (91,4%) usavam exclusivamente o SUS.

Quando perguntados sobre diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM), 52 (74,3%) e 23 (32,9%), respectivamente, responderam afirmativamente. Quanto aos comportamentos de riscos, 9 (12,9%) disseram fazer uso de bebidas alcoólicas e 14 (20%) usar tabaco.

Ao realizar o exame clínico dos MMII nos participantes, foi verificado hiperpigmentação em 19 (27,1%), varizes em 36 (51,4%), edema em 17 (24,3%), úlceras vasculogênicas em 5 (7,1%). Quando questionados em relação à sensação de peso/cansaço em MMII e dor em queimação, 29 (41,4%) e 10 (14,3%), respectivamente, responderam afirmativamente.

A Tabela 1 apresenta os resultados dos índices tornozelo-braquial e equivalência para gravidade da Doença Obstrutiva Arterial Periférica.

Foram realizadas correlações entre as variáveis clínicas observadas e o ITB, demonstrados na Tabela 2.

Foi realizado, ainda, Teste *t* de Student para amostra simples para variáveis intervenientes, manifestações, morbidades e comportamentos de risco (Tabela 3).

Com base nas recomendações consensualizadas internacionalmente, foi possível elaborar o Quadro 1, no qual estão consolidadas ações de caráter preventivo para o desenvolvimento de úlceras vasculogênicas.

Tabela 1. Índices tornozelo-braquial, equivalência para gravidade da Doença Obstrutiva Arterial Periférica. Jan/2015.

Valores ITB	Gravidade DAOP	n	%
≤0,41	DAOP Grave	1	1,4
0,41–0,7	DAOP Moderada	9	12,9
0,7–10,9	DAOP Leve	12	17,1
0,9–1,3	Normal	41	58,6
≥1,3	Doença aterosclerótica grave	7	10,0
Total		70	100,0

ITB: Índice de Tornozelo-Braquial; DAOP: Doença Obstrutiva Arterial Periférica

Tabela 2. Correlações entre as variáveis clínicas observadas e o Índice de Tornozelo-Braquial. Juiz de Fora (MG); Jan/2015.

Variável	ITB	Valor p
Idade	0,500	0,680
Hiperpigmentação	-0,286*	0,160
Varizes	-0,303**	0,011
Edema	-0,549**	0,000

ITB: Índice de Tornozelo-Braquial; *Correlação de Pearson com nível de significância 0,05; **Correlação de Pearson com nível de significância 0,01.

DISCUSSÃO

A população pesquisada possui idade média coincidente com a expectativa de vida da população brasileira, e o processo de feminização do envelhecimento, que ocorre nacional e internacionalmente, também pode ser confirmado entre os participantes¹⁷.

A média de analfabetismo entre os participantes foi ligeiramente inferior à média nacional; porém, a maior parte deles tinha no máximo oito anos de estudo². A renda familiar foi considerada baixa, sendo a maioria de um salário mínimo.

O conjunto das variáveis baixa renda, gênero feminino e baixo nível de instrução encontradas na investigação é uma constante em estudos cuja população apresentava úlceras de origem vascular^{18,19}. Este conjunto de variáveis pode ser preditor para comportamentos que favoreçam o desenvolvimento de afecções vasculares periféricas²⁰ e, quando aliado à idade, tem-se um elenco de características que devem alertar os profissionais de saúde para o risco de desenvolvimento de

Tabela 3. Teste *t* de Student para uma amostra simples, tendo como variáveis intervenientes as manifestações, morbidades e comportamentos de risco. Juiz de Fora (MG); Jan/2015.

Variáveis	t	Valor p	Diferença média
ITB	12,08	0,00	1,87
Comportamento para uso de álcool	33,01	0,00	1,81
Comportamento para uso de tabaco	37,38	0,00	1,80
Dor em queimação	44,08	0,00	1,85
Edema	34,03	0,00	1,75
Hiperpigmentação	32,28	0,00	1,72
Lesões vasculogênicas	62,20	0,00	1,92
Sensação de peso/cansaço	26,74	0,00	1,58
Varizes	24,69	0,00	1,48

ITB: Índice de Tornozelo-Braquial

úlceras vasculogênicas, cabendo intervenção preventiva, de competência de enfermeiros generalistas, envolvendo tecnologia de baixo custo^{18,19}.

O serviço público nacional tem apresentado carência de acessibilidade às especialidades de angiologia e estomaterapia, fazendo com que as avaliações e abordagens de caráter preventivo de úlceras vasculogênicas ocorram quando as lesões já estão instaladas, ou seja, tardiamente²⁰.

O fato de 91,4% dos participantes utilizarem exclusivamente o SUS como serviço para assistência à saúde constituiu um marcador de vulnerabilidade para lesões de MMII, na medida em que esta questão ainda não havia sido investigada entre eles e nem ocorreu tratamento preventivo nos serviços em que foram atendidos²⁰.

A investigação de diagnóstico prévio e/ou sinais e sintomas de DM se deu por esta ser uma doença crônica e multifatorial que, devido a macro e microangiopatias e/ou neuropatias, leva a complicações que podem afetar inúmeros órgãos, dentre eles, a pele. Quando o DM está associado à HAS, tem-se um aumento dos riscos para desenvolvimento de úlceras de perna; portanto, estas doenças requerem identificação e tratamento previsto em protocolo, visando à prevenção de complicações do sistema vascular e da pele²¹.

Alguns comportamentos são considerados de risco para o desenvolvimento de úlceras vasculogênicas, entre eles consumir tabaco e bebida alcoólica^{5,10}. Pensando em uma assistência de enfermagem individualizada, fazem-se

Quadro 1. Protocolo baseado nas evidências de risco para desenvolvimento de úlceras vasculogênicas, identificadas neste estudo. Juiz de Fora (MG); Jan/2015.

Fator de vulnerabilidade	Intervenções (NIC)	Avaliação dos Resultados (NOC)
Hiperpigmentação	Controle de medicamentos (D2, CH); Controle da perfusão tissular (D2, CN); Controle de pele/feridas (D2, CL); Controle de riscos (D4, CV).	Integridade tissular: pele e mucosas (D2, CL); Perfusão tissular: periférica (D2, CE); Satisfação do cliente: cuidado físico (D2, CE).
Varizes	Controle da perfusão tissular (D2, CN).	Estado circulatório (D2, CE); Integridade tissular: pele e mucosas (D2, CL); Satisfação do cliente (D5, CE).
Edema	Controle da imobilidade (D1, CC); Apoio nutricional (D1, CD); Controle da perfusão tissular (D2, CN).	Mobilidade (D1, C C); Estado nutricional (D2, CK); Estado circulatório (D2, CE); Integridade tissular: pele e mucosas (D2, CL); Satisfação do cliente: assistência funcional (D5, CE).
Dor	Promoção do conforto físico (D1, CE); Controle de medicamentos (D2, CH); Controle da atividade e do exercício (D1, CA).	Estado do sintoma (D5, CU); Perfusão tissular: periférica (D2, CE); Controle da dor (D4, CQ); Controle de sintomas (D4, CQ); Nível de desconforto (D5, CV); Dor: resposta psicológica adversa (D5, CV); Satisfação do cliente (D5, CE).
HAS/DM	Controle de medicamentos (D2, CH); Apoio nutricional (D1, CD).	Estado circulatório (D2, CE); Nível de glicemia (D2, CA); Comportamento de adesão (D4, CQ); Comportamento de aceitação: dieta prescrita (D4, CQ); Comportamento de aceitação: medicação prescrita (D4, CQ); Autocontrole do Diabetes (D4, CQ); Comportamento de Promoção da saúde (D4, CQ); Controle de riscos: saúde cardiovascular (D4, CT); Satisfação do cliente: Ensino (D5, CE).
Tabaco	Terapia comportamental (D3, CO); Terapia cognitiva (D3, CP).	Comportamento de Promoção da saúde (D4, CQ); Comportamento de cessação do tabaco (D4, CQ).
Álcool	Terapia cognitiva (D3, CP); Assistência no enfrentamento (D3, CR); Educação do paciente (D3, CS).	Comportamento de suspensão do abuso de álcool (D4, CQ); Comportamento de Promoção da saúde (D4, CQ).
Abordagem do indivíduo com ITB alterado	Assistência no enfrentamento (D3, CR); Educação do paciente (D3, CS); Controle das informações (D6, CB); Mediação do sistema de saúde (D6, CY);	Enfrentamento (D3, CN); Função sensorial cutânea (D2, CY); Estado circulatório (D2, CE); Perfusão tissular: periférica (D2, CE); Qualidade de vida (D5, CU); Comportamento de adesão (D4, CQ); Comportamento de Promoção da saúde (D4, CQ); Comportamento de busca da saúde (D4, CQ); Participação sobre cuidados de saúde (D4, CQ); Orientação para saúde (D4, CR); Conhecimento: promoção da saúde (D4, CS); Conhecimento: recursos de saúde (D4, CS); Controle de riscos (D4, CT); Estado de conforto (D5, CU); Satisfação do cliente (D5, CE). Controle de riscos comunitários: doença crônica (D7, CC).

NIC: Nursing Intervention Classification; NOC: Nursing Outcome Classification; D2: Domínio 2; CH: Classe H; CN: Classe N; CL: Classe L; D4: Domínio 4; CV: Classe V; CE: Classe E; D1: Domínio 1; CC: Classe C; CD: Classe D; CK: Classe K; D5: Domínio 5; CA: Classe A; CU: Classe U; CQ: Classe Q; CT: Classe T; D3: Domínio 3; CO: Classe O; CP: Classe P; CR: Classe R; CS: Classe S; D6: Domínio 6; CB: Classe B; CY: Classe Y; D7: Domínio 7.

necessárias intervenções para auxiliar a pessoa que fuma ou ingere bebida alcoólica a abandonar esses hábitos⁵. Para os casos de dependência severa do álcool e/ou tabaco, existem inúmeras abordagens e tratamentos que incluem intervenções farmacológicas e psicocomportamentais²². O hábito de fumar e de beber está intimamente ligado ao surgimento de DM e HAS e, por isso, essas doenças merecem ser consideradas na prevenção de úlceras vasculogênicas¹⁰.

Um estudo realizado em um hospital público na cidade do Rio de Janeiro (RJ) com pessoas com idade ≥ 50 anos apresentou prevalência do ITB alterado por influência do tabagismo, HAS e DM¹⁰, fatores que também comprometem o processo de envelhecimento ativo⁹.

Os sinais clínicos (varizes, edemas, hiperpigmentação, queixa de dor em queimação e sensação de peso/cansaço) avaliados durante o exame dos MMII estão associados à situação de comprometimento do sistema vascular periférico²⁰. A presença de varizes pode ser explicada pela insuficiência valvar; o edema está intimamente ligado à permeabilidade do vaso e migração do líquido seroso para o interstício, e a hiperpigmentação está associada à deposição de hemossiderina pela degradação das hemácias em decorrência do retorno venoso comprometido^{20,23}.

O relato afirmativo de dor em queimação e sensação de peso/cansaço deve ser visto como sinal de alerta em decorrência da ineficácia da perfusão sanguínea, que pode evoluir para necrose tecidual e manifestar-se em ferida^{16,24}. A sensação de peso/cansaço pode estar intimamente relacionada ao edema²⁴.

Apesar de o foco da presente pesquisa estar na avaliação precoce de riscos para ocorrência de úlcera vasculogênica, esta foi investigada também entre aqueles participantes que já possuíam uma lesão, em decorrência da possibilidade de recidiva ou do surgimento de mais uma úlcera no mesmo membro ou em membro diferente^{7,20}.

Na Tabela 1, apesar de 58,6% dos participantes apresentarem índice tornozelo-braquial na faixa de normalidade, 31,4% deles apresentam risco de DAOP nos níveis leve e moderado. Cabe acrescentar que 10% deles estão expostos ao risco de doença aterosclerótica grave. Torna-se fundamental que intervenções preventivas sejam pensadas quando se almeja alcançar as metas propostas na política do envelhecimento ativo^{9,11,16}. Caso estas intervenções não sejam realizadas, essa população estará vulnerável a complicações, o que impacta a qualidade de vida das pessoas idosas¹⁸, o financiamento do SUS¹² e o surgimento de síndromes geriátricas (alteração na mobilidade e na independência)⁸.

As correlações entre ITB e as características de hiperpigmentação, varizes e edema apresentaram valores com significância estatística (Tabela 2) que podem estar atrelados ao grau de gravidade da DAOP¹¹. Essas características, como já citado, vêm em decorrência da circulação vascular comprometida e foram encontradas em outras pesquisas^{10,19,20,24}.

Tais evidências reforçam a necessidade de uma abordagem sistêmica e multidisciplinar na prevenção de complicações em decorrência do comprometimento vascular, para assegurar capacidade funcional, bem-estar e qualidade de vida para a pessoa idosa com risco para desenvolvimento de úlcera vasculogênica¹⁸.

Na Tabela 3, resultados de teste *t* de Student para amostra simples mostraram significância estatística para as variáveis ITB, consumo de álcool e tabaco e sinais e sintomas como: dor em queimação, hiperpigmentação, lesões vasculogênicas, sensação de peso/cansaço e varizes, corroborando evidências apontadas nacional e internacionalmente^{11,20,24}.

Com base nas recomendações consensualizadas internacionalmente, foi possível elaborar o Quadro 1, no qual estão consolidadas ações de caráter preventivo para o desenvolvimento de úlceras vasculogênicas segundo taxonomias da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)²⁵ e da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)²⁶.

Tendo como base as taxonomias da NIC²⁵ e da NOC²⁶ e a partir dos fatores de vulnerabilidade encontrados na população estudada, o Quadro 1 consolidou intervenções e os critérios passíveis de avaliar os resultados esperados.

Para o fator Hiperpigmentação, selecionou-se as seguintes intervenções²⁵ – Controle de medicamentos: administração tópica (hidratação); Controle da perfusão tissular: Cuidados circulatórios: insuficiência arterial; Cuidados circulatórios: insuficiência venosa. Controle de pele/feridas: Monitoração das exterminadas inferiores; Controle da pressão; Cuidados da pele: tratamentos tópicos (Hidratação); Supervisão da pele; Controle de riscos: Avaliação da saúde; Identificação de risco; Facilitação do autocuidado: assistência no autocuidado; assistência no autocuidado: transferência.

Os critérios para avaliação dos resultados para o fator Hiperpigmentação, foram – Integridade tissular: pele e mucosas: Textura; Perfusão Tissular; Integridade da pele; Hidratação; Pigmentação anormal; Pele que descasca; Descamação da pele: Eritema; Perfusão tissular: periférica: Rubor; Satisfação do cliente: cuidado físico: Rotina de cuidados da pele mantida; Cuidados especiais de pele seguidos²⁶.

Para o fator de vulnerabilidade Varizes, as intervenções previstas foram – Controle da perfusão tissular: cuidados circulatórios: equipamentos de suporte circulatório mecânico (meia elástica); Cuidados circulatórios: insuficiência venosa²⁵. E para avaliação dos resultados – Estado circulatório: Preenchimento capilar; Claudicação intermitente; Integridade tissular pele e mucosas: Perfusão tissular; Satisfação do cliente: Cuidados para prevenir danos ou lesões; Rotina de cuidados da pele mantida; Cuidados especiais de pele seguidos²⁶.

O fator de vulnerabilidade Edema teve como intervenções selecionadas – Controle da imobilidade: Posicionamento; Cuidados com repouso no leito; Apoio nutricional: Planejamento da dieta; Aconselhamento nutricional; Ensino:

dieta prescrita; Controle da perfusão tissular: Cuidados circulatórios: equipamentos de suporte circulatório mecânico (meia elástica)²⁵. E para avaliação dos resultados – Mobilidade: Marcha; Movimentos realizados com facilidade; Estado nutricional: Ingestão de sódio; Estado circulatório: Preenchimento capilar; Edema periférico; Claudicação intermitente; Edema depressível; Integridade tissular: pele e mucosas: Perfusão tissular; Integridade da pele, Endurecimento; Satisfação do cliente assistência funcional: Inclusão no planejamento para melhora da mobilidade e do cuidado; Rotina de cuidados da pele mantida; Cuidados especiais de pele seguidos; Assistência na locomoção; Assistência nas transferências Controle²⁶.

Em relação ao fator de vulnerabilidade Dor, foram selecionadas as seguintes intervenções – Promoção do conforto físico: Controle da dor; Controle de medicamentos: Administração de analgésicos; Controle da atividade e do exercício: Terapia com exercício: deambulação; Ensino: atividade/exercícios prescritos²⁵.

E para avaliação dos resultados para o fator Dor – Estado do sintoma: Estado de conforto físico; Controle de sintomas; Perfusão tissular: periférica: Dor localizada em extremidades; Controle da dor: Reconhecimento do início da dor: Descrição dos fatores causadores; Uso de medidas preventivas; Uso de medidas de alívio não analgésico; Uso de analgésicos conforme recomendação; Relato de dor controlada; Controle de sintomas: Uso de medidas de alívio dos sintomas; Nível de desconforto: Dor; Mobilidade física prejudicada; Sono interrompido; Dor: resposta psicológica adversa: Sofrimento decorrente da dor; Gravidade dos sintomas: Intensidade dos sintomas; Frequência dos sintomas; Persistência dos sintomas; Mobilidade física prejudicada; Satisfação do cliente: Alívio dos sintomas da doença; Cuidados para o controle da dor; Encaminhamentos a profissionais de saúde para manejo da dor, conforme a necessidade²⁶.

Os fatores de vulnerabilidade HAS e DM foram agrupados e as intervenções previstas foram – Controle de medicamentos: Administração de medicamentos; Apoio nutricional: planejamento da dieta; Aconselhamento nutricional; Ensino: dieta prescrita²⁵. E os resultados esperados – Estado circulatório: Pressão arterial sistólica; Pressão arterial diastólica; Estado nutricional: Ingestão de sódio; Ingestão de carboidrato; Nível de glicemia: Glicose do sangue; Comportamento de adesão: Realização de automonitoração do estado de saúde; Comportamento de aceitação: dieta prescrita: Ingestão de alimentos coerentes com a dieta prescrita; Comportamento de aceitação: medicação prescrita: Mantém uma lista de todos os medicamentos com dose e frequência; Obtém medicação necessária; Informa ao profissional de saúde de todos os medicamentos tomados; Autocontrole do Diabetes: Participação no processo decisório sobre cuidados de saúde; Uso de medidas preventivas para reduzir o risco de complicações; Comportamento de Promoção da saúde: Atendimento a uma dieta saudável;

Controle de riscos: saúde cardiovascular: Monitoração da pressão arterial; Atendimento à dieta recomendada; Satisfação do cliente: Ensino: Explicação das razões do tratamento; Explicação das responsabilidades pelo autocuidado no tratamento²⁶.

Para o fator de vulnerabilidade Tabaco as intervenções selecionadas foram – Terapia comportamental: assistência para parar de fumar; Terapia cognitiva: facilitação da aprendizagem; melhora da disposição para aprender²⁵. E para avaliação dos resultados – Comportamento de Promoção da saúde: Ato de evitar mau uso do tabaco; Comportamento de cessação do tabaco: Expressão do desejo de parar de fumar; Identificação dos benefícios de parar de fumar; Identificação das consequências negativas do uso do tabaco; Obtenção de assistência de profissional de saúde; Adaptação do estilo de vida para promover a eliminação do tabaco; Eliminação do uso do tabaco²⁶.

Para o fator de vulnerabilidade Álcool selecionou-se as seguintes intervenções – Terapia cognitiva: facilitação da aprendizagem; melhora da disposição para aprender; Assistência no enfrentamento: melhora do enfrentamento; aumento da segurança; Educação do paciente: Educação à saúde²⁵. Para avaliação dos resultados – Comportamento de suspensão do abuso de álcool: Expressa desejo de parar de usar álcool; Identifica benefícios da eliminação do uso de álcool; Identifica consequências negativas do uso de álcool; Desenvolve estratégias eficientes para eliminar o uso de álcool; Obtém assistência de profissional de saúde; Comportamento de Promoção da saúde: Ato de evitar mau uso do álcool²⁶.

Para abordagem do indivíduo com ITB alterado, definiram-se as seguintes intervenções- Assistência no enfrentamento: melhora do enfrentamento; aumento da segurança; fortalecimento da autocompetência; Educação do paciente: Educação à saúde; Facilitação da aprendizagem; Melhora da disposição para aprender; Ensino processo da doença; Ensino: atividade/exercício prescrito; Controle das informações: encaminhamento (referência/contra referência); Mediação do sistema de saúde: Orientação quanto ao sistema de saúde; Facilitação da visita (visita domiciliar)²⁵.

E como avaliação dos resultados diante alteração do ITB – Enfrentamento: Adaptação a mudanças no estilo de vida; Uso de estratégias eficientes de enfrentamento; Função sensorial cutânea: Formigamento; Estado circulatório: Parestesia: Perfusão tissular: periférica: Preenchimento capilar nos dedos dos pés; Qualidade de vida: Capacidade de enfrentamento; Comportamento de adesão: Realização de automonitoração do estado de saúde; Comportamento de Promoção da saúde: Uso de comportamentos para evitar riscos; Monitoração do comportamento pessoal com relação a riscos; Atendimento a uma dieta saudável; Comportamento de busca da saúde: Realização de autoavaliação; Desempenho de comportamento de saúde prescrito; Participação sobre

cuidados de saúde: Mostra autodirecionamento nas tomadas de decisões; Negociação das preferências de cuidado; Orientação para saúde: Foco na prevenção de doenças; Foco no bem-estar geral; Conhecimento: promoção da saúde: Comportamentos que promovem a saúde; Conhecimento: recursos de saúde: Importância dos cuidados de acompanhamento; Estratégias de acesso a serviços de cuidados de saúde; Controle de riscos: Monitoração dos fatores de risco; Monitoração de fatores de risco ao comportamento pessoal; Desenvolvimento de estratégias eficientes de controle de riscos; Modificação do estilo de vida para reduzir os riscos; Uso dos serviços de cuidados de saúde coerentes com as necessidades; Reconhecimento de mudanças no estado de saúde; Monitoração de mudanças no estado de saúde; Estado de conforto: Bem-estar físico; Satisfação do cliente: Acesso à equipe de enfermagem; Acesso a suprimentos e equipamentos necessários aos cuidados; Encaminhamentos a profissionais de saúde para manejo da dor, conforme a necessidade; Informações dadas sobre riscos e as complicações do tratamento; Controle de riscos comunitários: doença crônica: Disponibilidade de programas preventivos de avaliação²⁶.

O conteúdo do Quadro 1 retrata ações compatíveis com a atuação do enfermeiro generalista ou enfermeiro estomaterapeuta na prevenção de úlceras vasculogênicas, que podem

reduzir gastos públicos, impactar favoravelmente sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, favorecer a manutenção da capacidade funcional e contribuir com práticas que fortaleçam os pilares do envelhecimento ativo^{9,18}.

Diante do exposto, sugere-se a validação do conteúdo do Quadro 1 na realidade investigada e em outras de diferentes perfis.

CONCLUSÃO

A magnitude da vulnerabilidade à ocorrência de DAOP entre pessoas com idade ≥ 65 anos a partir de parâmetros clínicos alerta para uma lacuna na abordagem preventiva de lesões vasculogênicas, tendo em vista que não houve procura dos serviços de saúde para este fim ou aproveitamento das oportunidades do momento das consultas para realização de abordagens de caráter preventivo.

Estes resultados apontam para um espaço passível de ser ocupado pelo enfermeiro generalista e pelo estomaterapeuta com vista à realização de intervenções educativas para o autocuidado das pessoas com idade ≥ 65 anos para identificar se elas possuem ou não risco para ocorrência de feridas vasculogênicas.

REFERÊNCIAS

- Nicodemo D, Godoi M. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*. 2010;6(1):40-53.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas Informações Demográfica e Socioeconômica número 29. 2014 [Internet]. [citado em 12 out 2014]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf
- Both JE, Beuter M, Perrando MS, Silva MS, Bruinsma JL, Rocha LS. Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2014;12(39):44-52.
- Yamada BA, Ferrola EC, Azevedo GR, Blanes L, Rogenski NM, Santos VLCG. Competências do enfermeiro estomaterapeuta Ti SOBEST ou do enfermeiro estomaterapeuta. *Rev Estima*. 2008;6(1):33-43.
- Medeiros ABA, Andriola IC, Fernandes MICD, Silva FBBL, Sá JD, Lira ALBC. Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2013;7(8):5220-4.
- Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Lima KC, Kisse CBS, Trocado CVM, et. al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciêns Saúde Colet*. 2013;18(2):3495-506.
- Silva DC, Durgante VL, Rizzatti SJS, Santos VC, Budó MLD, Farão EMD. Cuidado de enfermagem aos usuários com úlceras venosas. *Revista Contexto & Saúde*. 2013;11(20):851-4.
- Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde. 2012. p. 98.
- World Health Organization. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde; tradução Seuzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2005; 60p.
- Panico MDB, Spichler ES, Neves MF, Pinto LW, Spichler D. Prevalência e fatores de risco da doença arterial periférica sintomática e assintomática em hospital terciário. *J Vasc Bras*. 2009;8:125-32.
- Maggi DL, Quadros LRDP, de Oliveira Azzolin K, Goldmeier S. Índice tornozelo-braquial: estratégia de enfermeiras na identificação dos fatores de risco para doença cardiovascular. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):223-7.
- Santos ICRV, Oliveira Souza MA, Andrade LNV, Lopes MP, Barros e Silva MFA, Santiago RT. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. *Rev Rene*. 2014;15(4):613-20.
- Paim L, Trentini M, Madureira VSF, Stamm M. Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008;13(3):380-6.
- Krempser P, Arreguy-Sena C, Barbosa APS. Características definidoras de trauma vascular periférico em urgência e emergência: ocorrência e tipos. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):24-30.

15. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1supl.1):1-51.
16. Torres J, Machado AG, Lopes EGSL, Gentile PC, Vieira AC, Soares LG, et al. Prevalência de Alterações do Índice Tornozelo-Braço em Indivíduos Portadores Assintomáticos de Doença Arterial Obstrutiva Periférica. *Rev Bras Cardiol.* 2012;25(2):87-93.
17. Mello MM. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. *Rev Bras Estudo População.* 1998;15(1):79-94.
18. Edwards H, Courtney M, Finlayson K, Shuter P, Lindsay E. A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *J Clin Nurs.* 2009;18(11):1541-9.
19. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Dias T, Nunes JP, Deodato OON, et al. Idosos com úlceras venosas atendidos nos níveis primário e terciário: caracterização sociodemográfica, de saúde e assistência. *Rev Enferm UFPE.* 2009;3(4):222-30.
20. Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Junior RdSL, Ferreira PS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(2):302-10.
21. Minatel DG, Enwemeka CS, França SC, Frade MAC. Fototerapia (LEDs 660/890nm) no tratamento de úlceras de perna em pacientes diabéticos: estudo de caso. *An Bras Dermatol.* 2009;84(3):279-83.
22. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(Supl 4):713-9.
23. Seidel AC, Mangolim AS, Rossetti LP, Gomes JR, Miranda Jr F. Prevalência de insuficiência venosa superficial dos membros inferiores em pacientes obesos e não obesos. *J Vasc Bras.* 2011;10(2):124-30.
24. Salvetti MG, Costa IKF, Dantas DV, Freitas CCSd, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. *Rev Dor.* 2014;15(1):17-20.
25. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. NIC: Classificação da Intervenções de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010 944p.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 936 p.

O Impacto da Incontinência Urinária na Autoestima e Autoimagem de Pacientes Diabéticos

The Impact of Urinary Incontinence on the Self-esteem and Self-image of Patients with Diabetes

El Impacto de la Incontinencia Urinaria en la Autoestima y Autoimagen de Pacientes Diabéticos

Geraldo Magela Salomé¹, Thaís Fátima de Oliveira², Wesley Alexandre Pereira²

RESUMO

Objetivo: Avaliar autoestima e autoimagem em 20 pacientes diabéticos com incontinência urinária, atendidos em um Centro de Educação em Diabetes no Brasil. Métodos: Os critérios de inclusão foram: incontinência urinária clinicamente diagnosticada; idade ≥ 18 anos; condições físicas e mentais para responder aos questionários; e ter adquirido incontinência urinária após o diagnóstico de diabetes. O critério de exclusão foi incontinência fecal. Três instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: um questionário sobre dados sociodemográficos e características das perdas urinárias, a Escala de Investimento Corporal e a Escala de Autoestima Rosenberg da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. O teste de χ^2 foi utilizado para avaliar a distribuição proporcional das variáveis sociodemográficas e de características da incontinência urinária, ou seja, se havia diferença na proporção de pacientes entre as categorias de uma variável. Também foram utilizados o teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$). Resultados e Conclusão: Pacientes com incontinência urinária apresentaram baixa autoestima e baixos escores nos domínios 'imagem corporal' e 'toque pessoal da Escala de Investimento Corporal', mostrando sentimentos negativos em relação ao próprio corpo.

DESCRITORES: Estomaterapia. Incontinência urinária. Autoimagem. Imagem corporal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the self-esteem and self-image in 20 patients with diabetes and urinary incontinence who were cared at a Diabetes Education Center in Brazil. Methods: The inclusion criteria were: clinical diagnosis of urinary incontinence; age ≥ 18 years; physical and mental conditions to answer the questionnaires; and onset of urinary incontinence after the diagnosis of diabetes. Exclusion criterion was fecal incontinence. Three instruments were used for data collection: a questionnaire on sociodemographic data and characteristics of urinary incontinence, the Body Investment Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale of *Escola Paulista de Medicina* from *Universidade Federal de São Paulo*. The χ^2 test was used to evaluate the proportional distribution of sociodemographic variables and characteristics of urinary incontinence, or in other words, if there was a difference in the proportion of patients across categories of a variable. The Kruskal-Wallis test and Spearman correlation coefficient were also used. The level of significance was set at 5% ($p < 0.05$). Results and Conclusion: Patients with urinary incontinence had low self-esteem and low scores in the 'body image' and 'personal touch' domains of the Body Investment Scale, showing negative feelings about their own bodies.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Urinary incontinence. Self concept. Body image.

¹Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS) – Pouso Alegre (MG), Brasil. Endereço para correspondência: Avenida Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 280, apto. 134 – Jabaquara – CEP: 04330-020 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: salomereiki@yahoo.com.br

²Departamento de Enfermagem da UNIVÁS – Pouso Alegre (MG), Brasil.
Artigo recebido em: 18/05/2015 – Aceito para publicação em: 01/12/2015

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la autoestima y la autoimagen en 20 pacientes diabéticos con incontinencia urinaria, que habían sido tratados en un Centro de Educación en Diabetes en Brasil. Métodos: Los criterios de inclusión fueron: incontinencia urinaria diagnosticada clínicamente; edad ≥ 18 años; condiciones físicas y mentales para responder a los cuestionarios; e inicio de la incontinencia urinaria después del diagnóstico de diabetes. El criterio de exclusión fue la incontinencia fecal. Tres instrumentos fueron aplicados para la recolección de datos: un cuestionario sobre los datos sociodemográficos y las características de las pérdidas de orina, la Escala de Investimento Corporal y la Escala de Autoestima Rosenberg de la *Escola Paulista de Medicina* de la Universidade Federal de São Paulo. Se utilizó la prueba del χ^2 para evaluar la distribución proporcional de las variables sociodemográficas y de las características de incontinencia urinaria, es decir, si había una diferencia en la proporción de pacientes entre las categorías de una variable. Se utilizaron también la prueba de Kruskal-Wallis y el coeficiente de correlación de Spearman. El nivel de significancia se fijó en los 5% ($p < 0,05$). Resultados y Conclusiones: Los pacientes con incontinencia urinaria tuvieron una baja autoestima y puntuaciones bajas en los dominios de 'la imagen corporal' y 'del toque personal de la Escala de Investimento Corporal', mostrando sentimientos negativos acerca de su propio cuerpo.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Incontinencia urinaria. Autoimagen. Imagen corporal.

INTRODUÇÃO

A continência pode ser considerada uma condição essencial para o indivíduo de forma individual, em ambiente familiar e na sociedade. Relatos de pessoas que têm pouco ou nenhum controle esfinteriano mostram que esse problema resulta em sentimentos de vergonha e situações vexatórias capazes de interferir nos hábitos de vida e influenciar no convívio social. Por ser considerada para alguns como parte do envelhecimento, as queixas são sub-relatadas aos profissionais de saúde, os quais também as investigam de forma reduzida, talvez por desconhecimento de sua epidemiologia¹⁻³.

Vários estudos apontam o impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas por essas perdas. Apesar das incontinências urinária e fecal não causarem risco vital à saúde, podem ocasionar isolamento social, diminuição da autoestima e situações constrangedoras em público¹⁻⁴. Pesquisas acerca da incontinência apresentam, em maior número, perdas urinárias e fecais para mulheres ≥ 60 anos e os meios de tratamento, em função da prevalência ser maior nesse grupo⁵. Para a incontinência combinada, os estudos são escassos em nível internacional. No Brasil, encontrou-se somente uma publicação até o final da realização deste trabalho⁶.

Quanto ao diabetes *mellitus*, um estudo realizado em 2001, no Ambulatório de Diabetes da Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), revelou uma alta prevalência de sintomas digestivos nessa população específica, com sintomas de incontinência fecal (4,5%), constipação (16,9%) e diarreia

(7,2%) em uma amostra de 153 pessoas⁶. Em uma investigação sobre a caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária em 2007, a incontinência fecal foi encontrada a partir do quinto ano de diagnóstico do diabetes, em 2,4% de uma amostra de 113 pessoas⁷. Para a incontinência urinária, em uma amostra de 910 mulheres, 237 eram diabéticas. Essa patologia estava associada a aumento de risco para tal enfermidade, uma vez que a incontinência urinária de esforço e a mista foram mais prevalentes em mulheres diabéticas do que em não diabéticas⁸.

Foi realizada uma revisão de literatura internacional e nacional, em que se detectou uma escassez de estudos que avaliam a autoestima e a autoimagem nos indivíduos diabéticos com incontinência urinária. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a autoestima e a autoimagem em indivíduos diabéticos com incontinência urinária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, analítico e transversal. A pesquisa foi desenvolvida em um Centro Municipal de Educação em Diabetes (CEMED), localizado em Pouso Alegre, Brasil. Os dados foram coletados entre dezembro de 2012 e maio de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí, sob parecer 634.020. A amostra foi selecionada de forma não probabilística, por conveniência. Vinte pacientes diabéticos foram incluídos no estudo, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores, em uma sala previamente preparada, garantindo o conforto e a tranquilidade do paciente para a emissão das respostas.

Os critérios de inclusão foram: incontinência urinária clinicamente diagnosticada; idade ≥ 18 anos; condições físicas e mentais para responder aos questionários e ter adquirido incontinência urinária após o diagnóstico de diabetes. O critério de não inclusão foi incontinência fecal.

As informações foram coletadas por meio de três instrumentos. O primeiro refere-se aos dados sociodemográficos (sexo, etnia, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar) e clínicos (cirurgia uroginecológica prévia, disúria, infecção urinária prévia, alterações genitais e medicamentos) da amostra. Além disso, incluiu algumas características de perdas urinárias, tais como: período e condições das perdas; chegar a tempo no banheiro; acordar durante a noite para urinar; perdas urinárias durante a relação sexual; frequência e quantidade de perdas urinárias; utilização e frequência das trocas de recursos de contenção e de aspectos subjetivos; mudanças em hábitos de vida diária e relacionamento social⁹.

O segundo recurso foi utilizado para avaliar a autoimagem e consiste na versão brasileira da Escala de Investimento Corporal (*Body Investment Scale*) composta por 20 itens, divididos em três fatores: imagem, cuidado e toque corporais. As respostas estão dispostas numa escala Likert de cinco pontos, que varia de “discordo totalmente” (um ponto) a “concordo totalmente” (cinco pontos). Para obter o escore final da escala, devem-se reverter aqueles dos itens 2, 5, 9, 11, 13 e 17 e somá-los. O valor total varia entre 20 e 100. Os escores nos domínios “imagem corporal” e “toque corporal” variam entre 6 e 30, e em “cuidado corporal”, entre 8 e 40. Quanto maior a pontuação, maior é o sentimento positivo em relação ao corpo¹⁰.

O terceiro instrumento consistiu na Escala de Autoestima Rosenberg da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP–EPM). A versão brasileira é um instrumento específico para a medida de autoestima, composto por dez questões fechadas, com as seguintes opções de respostas: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. O escore total varia de 0 a 30, sendo que zero refere-se à melhor autoestima e 30, a pior¹¹.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados (Microsoft Excel) e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. O teste de χ^2 foi utilizado para analisar a distribuição proporcional das variáveis sociodemográficas e das características da

incontinência urinária, ou seja, se havia diferença na proporção de pacientes entre as categorias de uma variável. Também foram utilizados o teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A maioria dos participantes era do sexo feminino e com faixa etária acima de 60 anos; 8 (40%) eram casados e 17 (85%) eram fumantes (Tabela 1).

Com relação aos dados clínicos, a maioria dos participantes da pesquisa possuía alterações no órgão genital; nunca havia realizado cirurgia ginecológica ou retal e não sentia dor ou ardências para urinar. Uma grande parte dos pacientes nunca foi ao médico para tratar a incontinência urinária; acorda à noite para urinar; tem perda de urina ao tossir e sente sensação de estar úmido, porém não urina durante a relação sexual (Tabela 2).

Ao analisar a Tabela 3, observa-se que a média do escore na Escala de Investimento Corporal foi de 82,80 e na Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM, 24,95. Os totais médios nos domínios ‘imagem corporal’ e ‘toque corporal’ da Escala de Investimento Corporal foram baixos, caracterizando que os pacientes deste estudo apresentaram alterações na imagem corporal.

DISCUSSÃO

O aumento da expectativa de vida, a industrialização e os efeitos da urbanização fizeram com que a população brasileira ficasse mais exposta a problemas de saúde, dentre os quais, destacam-se câncer, diabetes *mellitus*, feridas, incontinências urinária e fecal, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, mal de Parkinson e outras doenças crônicas, nas quais, muitas vezes, os portadores dessas moléstias apresentam incontinência urinária. Ser idoso, diabético e ter de conviver com esta enfermidade faz a pessoa sentir-se impotente, frágil, com medo e com alteração na qualidade do sono. Tais sentimentos têm como consequência mudanças na qualidade de vida, na autoimagem e na autoestima¹²⁻¹⁹.

No presente trabalho relacionado à caracterização sociodemográfica dos indivíduos, verificou-se que a maioria da amostra foi constituída por pessoas idosas, com média de

Tabela 1. Características demográficas dos pacientes com incontinência urinária.

Variáveis	n	Média	Mediana	DP	Mínima	Máxima
Idade	20	64,30	62,00	9,576	48	86
	n	%	% válido	% acumulado	Valor p	
Sexo						
Masculino	3	15,0	15,0	15,0	0,027*	
Feminino	17	85,0	85,0	100		
Total	20	100	100			
Estado civil						
Casado	8	40,0	40,0	40,0	0,237	
Separado	3	15,0	15,0	55,0		
Solteiro	3	15,0	15,0	70,0		
Viúvo	6	30,0	30,0	100		
Total	20	100	100			
Fumante						
Sim	17	85,0	85,0	85,0	0,027*	
Não	3	15,0	15,0	100		
Total	20	100	100			
Etnia						
Negra	1	5,0	5,0	5,0	0,043*	
Amarela	5	25,0	25,0	30,0		
Branca	14	70,0	70,0	100		
Total	20	100	100			
Escolaridade						
Alfabeto	1	5,0	5,0	5,0	0,031*	
Ensino médio incompleto	2	10,0	10,0	15,0		
Fundamental incompleto	16	80,0	80,0	95,0		
Superior completo	1	5,0	5,0	100		
Total	20	100	100			
Ocupação						
Aposentado	10	50,0	50,0	50,0	0,067	
Do lar	7	35,0	35,0	85,0		
Auxiliar de limpeza	2	10,0	10,0	95,0		
Pintor	1	5,0	5,0	100		
Total	20	100	100			
Renda familiar						
≤3 salários-mínimos [§]	19	95,0	95,0	95,0	0,007*	
4 a 6 salários-mínimos	1	5,0	5,0	100		
Total	20	100	100			
Possuem filhos						
Sim	14	70,0	70,0	70,0	0,021*	
Não	6	30,0	30,0	100		
Total	20	100	100			
Medicamentos em uso						
Diurético/antidiarreico	1	5,0	5,0	5,0	0,431	
Diurético	6	30,0	30,0	35,0		
Laxante/diurético hipotensor	1	5,0	5,0	40,0		
Antidiarreico	1	5,0	5,0	45,0		
Anti-histamínico/hipotensor	1	5,0	5,0	50,0		
Antidepressivo	1	5,0	50,0	55,0		
Hipoglicemiante	4	20,0	20,0	75,0		
Hipotensor	5	25,0	25,0	100		
Total	20	100	100			

*significância estatística – teste do χ^2 ($p \leq 0,05$); [§]salário-mínimo = R\$788,00; DP: desvio padrão.

Tabela 2. Características clínicas relacionadas à incontinência urinária.

Variáveis	n	%	% válido	% acumulado	Valor p
Alteração no órgão genital feminino					
Não possuem alterações	16	80,0	80,0	80,0	0,041*
Possuem fissura anal/hemorroida	4	20,0	20,0	100	
Total	20	100	100		
Alteração no órgão genital masculino					
Não possuem alterações	19	95,0	95,0	95,0	0,039*
Possuem trauma/ferimento	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		
Cirurgia ginecológica ou retal prévia					
Nunca realizou	13	65,0	65,0	65,0	0,062
Esterectomia	2	10,0	10,0	75,0	
Períneo	2	10,0	10,0	85,0	
Salpingotripsia	3	15,0	15,0	100	
Total	20	100	100		
Dor, ardência ou dificuldade para urinar					
Sim	8	40,0	40,0	40,0	0,49
Não	12	60,0	60,0	100	
Total	20	100	100		
Já teve infecções urinárias					
Sim	5	25,0	25,0	25,0	0,012*
Não	15	75,0	75,0	100	
Total	20	100	100		
Visita ao médico por perda urinária					
Nenhuma vez	15	75,0	75,0	75,0	0,037*
1 a 2 vezes	2	10,0	10,0	85,0	
3 a 5 vezes	2	10,0	10,0	95,0	
>10 vezes	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		
Há quanto tempo perde urina					
<1 ano	8	40,0	40,0	40,0	0,061
1 a 3 anos	6	30,0	30,0	70,0	
>4 anos	6	30,0	30,0	100	
Total	20	100	100		
Chega ao banheiro a tempo para urinar					
Sempre	4	20,0	20,0	20,0	0,073
Na maioria das vezes	7	35,0	35,0	55,0	
Às vezes	5	25,0	25,0	80,0	
Nunca	4	20,0	20,0	100	
Total	20	100	100		
Acorda à noite quando sente vontade de urinar					
Sim, acorda e vai ao banheiro	18	90,0	90,0	90,0	0,002*
Sim, acorda, mas não vai ao banheiro	1	5,0	5,0	95,0	
Não acorda	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	n	%	% válido	% acumulado	Valor p
Condição ao perder urina					
Somente aos grandes esforços	6	30,0	30,0	30,0	0,076
Ao tossir, rir, espirrar	10	50,0	50,0	80,0	
Ao caminhar rápido ou correr	1	5,0	5,0	85,0	
Com movimentos leves, mesmo deitado	3	15,0	15,0	100	
Total	20	100	100		
Perde urina durante a relação sexual					
Sim	2	10,0	10,0	10,0	0,002*
Não	18	90,0	90,0	100	
Total	20	100	100		
Frequência de perda urinária					
Menos de uma vez ao mês	4	20,0	20,0	20,0	0,761
Uma ou várias vezes por semana	5	25,0	25,0	45,0	
Todos os dias e algumas noites	5	25,0	25,0	70,0	
Dia e noite	5	25,0	25,0	95,0	
Todos os dias	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		
Quantidade de perda urinária					
Sensação de estar levemente úmido	1	5,0	5,0	5,0	0,75
Sensação de estar úmido	13	65,0	65,0	70,0	
Sensação de estar molhado	5	25,0	25,0	95,0	
Sensação de estar encharcado	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		
Recurso para conter a perda de urina					
Não usam	14	70,0	70,0	70,0	0,047*
Absorvente	5	25,0	25,0	95,0	
Fralda	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		
Mudanças em hábitos de vida diários					
Não houve	8	40,0	40,0	40,0	0,231
Sono	9	45,0	45,0	85,0	
Sono, sair de casa e ingestão hídrica	1	5,0	5,0	90,0	
Deambulação, sair de casa	1	5,0	5,0	95,0	
Sono, deambulação	1	5,0	5,0	100	
Total	20	100	100		
Incontinência afeta suas relações sociais/familiar					
Não	1	5,0	5,0	5,0	0,002*
Sim	19	95,0	95,0	100	
Total	20	100	100		

*significância estatística – teste do χ^2 ($p \leq 0,05$).

Tabela 3. Análise estatística dos escores obtidos para a Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM e para a Escala de Investimento Corporal.

Estatística descritiva	Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM	Escala de Investimento Corporal Domínios			Valor p	
	Escore total	Escore total	Imagem corporal	Cuidado pessoal		Toque pessoal
Média	24,95	82,80	17,95	35,55	18,00	0,002
Mediana	25,00	82,00	18,00	37,00	18,00	
Moda	25	73	18	40	18	
Desvio padrão	1,468	7,571	1,538	4,334	1,777	

Teste de Kruskal-Wallis e de Spearman ($p \leq 0,05$).

idade de 64 anos, mulheres, e indivíduos casados, fumantes, e de cor branca. Vários estudos epidemiológicos revelam uma prevalência de incontinência urinária de 26,5% em mulheres de 35 a 64 anos e 41% naquelas acima de 65 anos, porém existem algumas pesquisas que descrevem uma taxa de 49,6% em mulheres acima dos 20 anos e 45% nas que se encontram entre 30 e 90 anos²⁰⁻²³.

A prevalência da incontinência urinária aumenta com a idade; portanto, esta condição se tornará extremamente comum com o envelhecimento da população. Os fatores de risco frequentemente apontados são, dentre outros: idade avançada, elevado índice de massa corporal (IMC), raça branca, paridade, menopausa, histerectomia e comorbidades como depressão e diabetes. A incontinência urinária e o declínio da saúde são comumente vistos como parte natural do envelhecimento. Dessa forma, apesar de ser uma das doenças crônicas mais prevalentes, não é frequentemente reconhecida pelo sistema de cuidado à saúde²⁴⁻²⁷.

Neste estudo, 16 (80%) participantes tinham ensino fundamental incompleto e sua renda familiar mensal era de até três salários-mínimos (um salário-mínimo = R\$ 788,00). Tais achados coincidem com os encontrados por vários autores^{5,27-31}, e revelam um perfil preocupante ao reportar à cidadania e ao respeito aos direitos humanos, pois sabemos que quanto mais baixa a escolaridade, mais desfavorável é o capital linguístico dos sujeitos para questionar os profissionais acerca de seus problemas de saúde, do cuidado a ser efetivado e sobre os direitos que lhes são inerentes. Vale ressaltar que tal situação não interfere na atuação junto a essas pessoas, pois a interação entre usuário, serviço e profissionais de saúde tem proporcionado a superação das dificuldades impostas por essa variável³².

Com relação às características de perda urinária, 15 (75%) entrevistados relataram que nunca foram ao médico em função da perda urinária; 8 (40%) perdem urina há menos

de um ano; 10 (50%) perdem urina ao tossir, rir e espirrar; 13 (65%) têm sensação de estarem úmidos e 19 (95%) afirmaram que a incontinência afeta as suas relações sociais e familiar. Essas informações corroboram os resultados de vários estudos^{5,21-23,26,27,30}.

Com o aumento da perspectiva de vida das populações em geral, um número crescente de idosos com diabetes está surgindo e, conseqüentemente, os casos de incontinência urinária vêm aumentando. Muitos deles não serão diagnosticados, em razão de os portadores não buscarem tratamento e despreparo de alguns profissionais de saúde na abordagem, no diagnóstico e no cuidado. Diversos casos não serão descobertos, porque o paciente com incontinência tem medo ou vergonha de relatar à família ou ao próprio profissional de saúde.

Um estudo que avaliou os conhecimentos a respeito das vivências com a perda urinária entre mulheres brasileiras e em que foi utilizada a técnica de análise de conteúdo com abordagens, revelou que as mulheres temem reações restritivas tanto da sociedade como do profissional de saúde. Os significados da perda urinária e os sentimentos vivenciados aumentaram ainda mais as dificuldades de as mulheres expressarem seu problema para esses profissionais. O presente estudo mostra que o significado da incontinência urinária perpassa os problemas econômicos e educacionais da nossa população e evidencia as inquietações psicológicas e sociais vivenciadas por esse grupo de mulheres, ao legitimar que a incontinência urinária deve ser escondida como uma forma de proteção aos sentimentos de angústia, medo e vergonha, e pode levar a uma vida solitária como alternativa de sobrevivência diante das marcas profundas de um estigma que interfere na sua qualidade de vida³³.

A literatura ressalta que a intensidade com que ocorre a incontinência urinária (pequena, moderada ou severa) vai influenciar a qualidade de vida, autoestima, autoimagem

do paciente incontinente, ou seja, quanto maior o volume urinário perdido, maior será a implicação negativa na vida desses indivíduos³⁴. A pessoa com incontinência urinária sofre impactos físico, psicológico e emocional, bem como uma súbita destruição de sua imagem corporal e da autoestima, impactando de forma negativa no estabelecimento das ordens social, doméstica e sexual. Além disso, pode exacerbar o medo, a dor e o sofrimento, sentindo rejeição por si próprio e pelos semelhantes, fator importante perante os amigos e familiares, bem como ter alterações em outras dimensões, tais como o humor, que tem como consequência o isolamento da sociedade e família e privação de lazer.

O indivíduo com incontinência urinária, ao ter as estruturas anatômica e fisiológica modificadas, defronta-se com seus conflitos e fantasias em função da imagem que ele faz do corpo, como também daquela que fazem dele as pessoas que o cercam. Este fato favorece a perda da autoestima, uma vez que, ao lidar com a incontinência urinária, esse indivíduo atrai a atenção das pessoas aos valores relacionados à eliminação de urina e odor e o que antes era naturalizado, passa a ser alvo de reflexão e revisão. O isolamento social é algo visível, no entanto, é importante destacar que diante dessa realidade é imperativo que haja interação social, já que esse processo contribuirá para o restabelecimento da percepção da pessoa relacionada ao seu corpo e a sua própria autoimagem e, principalmente, contribuirá para a superação da solidão^{35,36}.

No presente estudo, a autoimagem foi avaliada utilizando-se a versão brasileira da Escala de Investimento Corporal, em que o escore médio no domínio imagem corporal foi de 17,97 e no toque corporal foi de 18,00, os quais são considerados baixos. Isso mostra o quanto o portador de incontinência urinária está insatisfeito com a sua imagem corporal, motivo pelo qual muitas vezes eles recusam-se a ser tocados. Quanto ao domínio cuidado pessoal, o escore médio foi de 35,55. Ao adquirirem a incontinência urinária, os indivíduos sentem que seus corpos foram modificados, pois estão eliminando urina espontaneamente e exalando odor, mas assim mesmo se cuidam e tentam melhorar a sua aparência, tomando banho toda vez que percebem que escapou urina, trocando o absorvente, a roupa íntima, o que contribui para evitar o cheiro desagradável de urina, que tanto incomoda a quem tem essa alteração.

Para avaliar a autoestima, utilizou-se a versão brasileira da Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM e o escore total médio foi de 24,95. Tendo em vista que o valor

zero significa melhor autoestima e 30, a pior, pode-se dizer que aquela dos portadores de incontinência urinária é baixa.

O nosso corpo é referência para a interpretação das manifestações corporais. Este, a matéria de vinculação das pessoas ao mundo, antes de ser um objeto de intervenção das ciências biomédicas, é a dimensão do nosso próprio ser. O corpo é o local da experiência e da prática da vida e, portanto, a reflexão sobre este é posterior à sua experiência. Nesse enfoque, o modo como as pessoas vivenciam uma doença é primeiramente uma síntese entre corpo e cultura para, depois, ser uma reflexão sobre a doença³⁷.

A imagem corporal e a autoestima, na contemporaneidade, estão relacionadas à juventude, beleza, vigor, integridade e saúde, e aqueles que não correspondem a esse conceito de padrão corporal poderão experimentar um significativo senso de rejeição²⁶.

Nas alterações psíquicas, a mudança da autoimagem e autoestima é um aspecto que se sobressai, uma vez que o paciente terá de redefinir sua imagem corporal, sua maneira de se vestir e interagir com seu corpo. Quanto ao aspecto social, a presença da incontinência urinária repercute tanto no nível familiar, quanto no lazer e nas atividades laborais do paciente. As alterações nas atividades de lazer relacionam-se quase sempre à vergonha, fragilidade, impotência ou presença aparente de odor e umidade^{38,39}.

Este estudo reforça a necessidade de se redirecionar a atenção à saúde dos pacientes com incontinência urinária, buscando identificar, no cotidiano dos serviços de saúde, hospitais ou ambulatorios, e em Programas de Saúde da Família, a presença de alterações da autoestima, autoimagem e da própria sexualidade. Devem ser atendidas as principais necessidades de cuidado aos pacientes com incontinência urinária em seu cotidiano e é fundamental o conhecimento do cuidador para lidar com as incapacidades dessa população.

Enfim, os serviços de saúde ainda precisam se preparar melhor para atender o usuário que tem incontinência urinária. Faltam profissionais treinados para acolher esse tipo de paciente. Precisamos cuidar do corpo e, principalmente, do psicológico desse tipo de usuário. O diálogo, o acolhimento e o apoio vão ajudá-lo a não se excluir por vergonha do próprio corpo perante a sociedade.

Diante das necessidades surgidas nas últimas décadas, com o aumento do número de pacientes com doenças crônicas que podem levar o indivíduo a conviver com incontinência urinária, torna-se imprescindível redirecionar a formação acadêmica e a qualificação dos profissionais de

saúde, valorizando não somente o conteúdo, mas também a prática assistencial prestada, sendo essencial que esses profissionais se tornem conscientes da importância de o paciente realizar autocuidado. Estudos futuros devem ser conduzidos, visando à ampliação do tamanho da amostra e à compreensão da magnitude de vida desses sujeitos. Este estudo apresentou, como limitação, o número de participantes, sendo necessária a realização de mais pesquisas na área para maior aprofundamento no tema.

CONCLUSÃO

Os pacientes deste estudo com incontinência urinária tiveram alterações no escore da Escala de Autoestima Rosenberg/

UNIFESP–EPM e da Escala de Investimento Corporal nos domínios ‘imagem corporal’ e ‘toque corporal’, mostrando sentimentos negativos em relação ao próprio corpo.

AGRADECIMENTOS

Os autores TFO e WAP agradecem pela bolsa de estudos do Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PROBIC) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Esta instituição pública independente não teve participação no desenho e na conduta deste estudo, incluindo coleta de dados, gerenciamento, análise e interpretação de dados, preparo, revisão e aprovação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Feldner PC Jr, Bezerra LR, Girão MJ, Sartori MG, Bacarat EC, Lima GR. A importância do diagnóstico da deficiência esfinteriana uretral intrínseca em mulheres com incontinência urinária de esforço. *Femina*. 2003;31(10):851-4.
2. Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126(1 Suppl 1):S8-13.
3. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(4):545-50.
4. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004;15(3):160-4.
5. Santos CR, Santos VL. Prevalence of self-reported double incontinence in the urban population of a Brazilian city. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(8):1473-9.
6. Troncon LE, Lopes RP, Simão MN, Iquegami M, Rosa-e-Silva L, Nobre-e-Souza MA, et al. Frequency of digestive symptoms in Brazilian patients with Diabetes Mellitus. *Rev Ass Med Bras*. 2001;47(2):157-64.
7. Tavares DM, Rodrigues FR, Silva CG, Castro Miranzi SS. Characterization of elderly diabetics receiving secondary care. *Cienc Saúde Colet*. 2007;12(5):1341-52.
8. Izci Y, Topsever P, Filiz TM, Çınar ND, Uludağ C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20(8):947-52.
9. Jesus Menezes MA, Hashimoto SY, Gouveia Santos VL. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(4):436-40.
10. Cássia Domansky R, Gouveia Santos VL. Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Bowel Function in the Community instrument. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34(6):671-7.
11. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004;19(1):41-52.
12. Bicalho MB, Lopes MH. The impact of urinary incontinence of the lives of wives of men with incontinence: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):1009-14.
13. Emmons KR, Robinson JP. Urinary incontinence severity and quality-of-life instruments. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(4):350-4.
14. Lombraña M, Izquierdo L, Gómez A, Alcaraz A. Impact of a nurse-run clinic on prevalence of urinary incontinence and everyday life in men undergoing radical prostatectomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(3):309-12.
15. Lobchuk MM, Rosenberg F. A qualitative analysis of individual and family caregiver responses to the impact of urinary incontinence on quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(6):589-96.
16. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Urinary incontinence during pregnancy: the effects on quality of life. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2014;14(2):147-54.
17. Pereira MT, Salomé GM, Openheimer DG, Espósito VH, de Almeida SA, Ferreira LM. Feelings of powerlessness in patients with diabetic foot ulcers. *Wounds*. 2014;26(6):172-7.
18. de Almeida SA, Salomé GM, Dutra RA, Ferreira LM. Feelings of powerlessness in individuals with either venous or diabetic foot ulcers. *J Tissue Viability*. 2014;23(3):109-14.
19. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Functional capability of patients with diabetes with foot ulceration. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):412-6.

20. Santos CR, Santos VL. Epidemiology of combined urinary and fecal incontinence. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):328-30.
21. Lopes DB, Praça NS. Prevalence and related factors of self-reported urinary incontinence in the postpartum period. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):574-80.
22. Silva AP, Santos VL. Prevalence of urinary incontinence in hospitalized patients *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(1):36-45.
23. Souza Santos CR, Santos VL. Prevalence of urinary incontinence in a random sample of the urban population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(5):903-10.
24. Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DA, Fultz NH, Miller JM, Howard D, et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *J Urol.* 2008;179(4):1455-60.
25. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland A, Richter HE, Sawyer P, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol.* 2008;179(4):1449-53.
26. Meirelles CA, Ferraz CA. Evaluation of the process of intestinal stoma demarcation and late complications in ostomized patients. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001;9(5):32-8.
27. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(2):339-45.
28. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med.* 2005;165(5):537-42.
29. Lopes MH, Higa R. Urinary incontinence restrictions in women's life. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(1):34-41.
30. Barbosa AM, Marini G, Piculo F, Rudge CV, Calderon IM, Rudge MV. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *São Paulo Med J.* 2013;131(2):95-9.
31. Amaral SS, Teixeira MG, Brito SL, Amaral GA, Jorge JM, Habr-Gama A, et al. Prevalence of fecal incontinence in the diabetic an epidemiological study in those diabetics attended as outpatients at the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo.* 1997;52(6):295-301.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
33. Higa R, Rivorêdo CR, Campos LK, Lopes MH, Turato ER. Life experiences of Brazilian women with urinary incontinence. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(4):627-35.
34. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GP. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. *Geriatrics.* 1999;54(10):29-30.
35. Gentile S, Bronzino P, Persico M, Marmo R, Costume A, Contaldi P, et al. Diabetic neuropathy. III: Autonomic neuropathy. Genito-urinary system. *Minerva Med.* 1984;75(17):967-74.
36. Souza PC, Costa VR, Maruyama SA, Costa AL, Rodrigues AE, Navarro JP. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. *Rev Eletr Enferm.* 2011;13(1):50-9.
37. Santos VL, Sawaia BB. A bolsa na mediação "estar ostomizado" - "estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. *Rev Latino-Am Enferm.* 2000;8(3):40-50.
38. Costa VF, Alves SG, Eufrásio C, Salomé GM, Ferreira LM. Assessing the body image and subjective wellbeing of ostomists living in Brazil. *Gastrointestinal Nurs.* 2014;12(5):37-47.
39. Alves SG, Reis BC, Gardona RG, Vilela LH, Salomé GM. Associação dos fatores sociodemográficos e da lesão relacionados ao sentimento de impotência e esperança em indivíduos com úlcera venosa. *Rev Bras Cir Plast.* 2014;28(4):672-80.

Readaptação Funcional do Estomizado: Relato de Experiências Vividas

Functional Readaptation of Stomized Patients: Report of Experiences

Readaptación Funcional del Ostomizado: Relato de Experiencias Vividas

Jane Walkiria da Silva Nogueira¹, Ivone Kamada¹, Glauce Araújo Ideião Lins¹

RESUMO

O retorno ao trabalho é essencial para a inclusão social de estomizados. Desse modo, objetivou-se analisar os aspectos envolvidos na reinserção ocupacional destes sujeitos e a participação do enfermeiro nesse processo. Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que foi realizado por meio de entrevista semiestruturada, com dez indivíduos adultos com estomia intestinal definitiva há mais de um ano, na condição de trabalhador ativo ou inativo. Utilizou-se análise temática de conteúdo. Os resultados revelaram que, para estes indivíduos, o trabalho é percebido como uma estratégia para enfrentar a nova condição de vida. Segundo os participantes, os fatores que mais dificultam o seu retorno ao ambiente de trabalho são o uso da bolsa coletora, a falta de banheiro adaptado e o desconhecimento da sociedade sobre o que é uma pessoa estomizada. Dentre os fatores que facilitam, destacaram-se a possibilidade de realizar o sistema de irrigação, a flexibilidade de horário, ter um negócio próprio e o apoio de empregadores e colegas de trabalho. Conclui-se que ainda há lacunas em relação à participação do enfermeiro no processo de retorno ao trabalho das pessoas com estoma. Nenhum participante referiu ter recebido informações deste profissional quanto à possibilidade de retorno às suas atividades laborais. Ademais, esta investigação permitiu identificar não só os desafios que os estomizados enfrentam ou podem enfrentar quando optam pelo retorno às suas atividades de trabalho, como também a necessidade de intensificar as ações educativas junto à sociedade em geral, sobre o que é uma pessoa com estoma intestinal.

DESCRITORES: Estomaterapia. Saúde do trabalhador. Estomas cirúrgicos. Enfermagem do trabalho.

ABSTRACT

Returning to work is essential for the social inclusion of stomized people. Thus, the aim of this study was to analyze the aspects involved in the professional reinsertion of these individuals and the participation of nurses in such process. A descriptive, exploratory and qualitative study was developed by means of semi-structured interviews with ten adults who had undergone definitive intestinal ostomy over a year before the study, and who were active or inactive workers. It was used a thematic content analysis. Results revealed that, for these people, work is seen as a strategy to face their new life condition. According to the participants, the factors that most hampered their return to work was the use of an ostomy bag, the lack of adapted restrooms, and society's lack of knowledge regarding what an stomized person is. Among the factors that facilitated their return, they highlighted the possibility of performing the irrigation system, time flexibility, having their own business, and support from employers and workmates. In conclusion, there are still gaps with regard to the participation of nurses in the process of stomized people returning to work. None of the participants mentioned having received information from nurses as to the possibility of returning to their labor activities. Moreover, this study allowed identifying not only the challenges that stomized people face or might face when they decide to return to work, but also that it is necessary to intensify educational actions with the society in general regarding what a person with intestinal ostomy is.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Occupational health. Surgical stomas. Occupational health nursing.

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Endereço para correspondência: SQN 311 – Bloco B – apto. 204 – Asa Norte – CEP: 70757-020 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: janewalkiria@gmail.com
Artigo recebido em: 06/09/2015 – Aceito para publicação em: 18/12/2015

RESUMEN

El retorno al trabajo es esencial para la inclusión social de los ostomizados. De ese modo, se objetivó analizar los aspectos involucrados en la reinserción laboral de estos sujetos y la participación del enfermero en el proceso. Se trató de un estudio descriptivo, exploratorio, de abordaje cualitativo, aplicándose una entrevista semiestructurada en diez individuos adultos con estomía intestinal definitiva de antigüedad superior a un año, en condición de trabajador activo o inactivo. Se utilizó el análisis temático del contenido. Los resultados expresaron que, para estos individuos, el trabajo es visto como una estrategia para enfrentar a su nueva condición de vida. Según los participantes, los factores que más dificultan su retorno al ámbito laboral son el uso de la bolsa colectora, la falta de baños adaptados y el desconocimiento social sobre lo que es una persona ostomizada. Citan también entre los factores que facilitan la posibilidad de realizar el sistema de irrigación, la flexibilidad de horarios, tener un negocio propio y el apoyo de los empleadores y compañeros de trabajo. Se concluye que hay vacíos respecto a la participación del enfermero en el retorno laboral del ostomizado. Ningún participante refirió haber recibido indicaciones de estos profesionales sobre la posibilidad del retorno laboral. Además, la investigación permitió identificar los desafíos enfrentados, o que pueden enfrentar, los ostomizados cuando optan por retornar a sus actividades laborales, y que es necesario intensificar las campañas educativas para la sociedad en general sobre lo que es una persona con ostomía intestinal.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Salud laboral. Estomas quirúrgicos. Enfermería del trabajo.

INTRODUÇÃO

O trabalho constitui uma atividade central nas vidas social, psicológica e econômica da grande maioria das pessoas. Trabalhar faz o ser humano sentir-se útil e inserido em um grupo, sendo essencial para a construção/reconstrução da sua identidade, além de permitir o sustento financeiro do indivíduo e de sua família¹. Porém, acontecimentos imprevisíveis podem limitar temporariamente a pessoa à vida laborativa, como é o caso de indivíduos que se submetem à confecção cirúrgica de um estoma intestinal².

A confecção de um estoma intestinal pode representar para os indivíduos alterações de autoimagem, confiança, independência, dignidade e papéis construídos socialmente³. Ademais, tomados pelos sentimentos de medo, angústia e insegurança, esses indivíduos acreditam não serem capazes de retornarem às suas atividades normais de vida após o período de hospitalização^{4,5}.

Neste sentido, muitos destes indivíduos afastam-se do convívio social e do trabalho por vergonha de seus colegas, clientes e empregadores, que é relacionado à falta de controle esfinteriano, à produção contínua de gases ou flatulência e ao uso de equipamentos adjuvantes no cuidado ao estoma⁶. Essa realidade tem levado muitos indivíduos ao abandono de suas atividades de trabalho formal e à busca pela aposentadoria precoce^{7,8}.

A aposentadoria precoce constitui um dos direitos dos ostomizados, conforme Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que inclui as pessoas com estomias entre aquelas com deficiência física, portanto estão sujeitas às determinações

legais brasileiras pertinentes a todas as pessoas com deficiência⁹. Desse modo, os indivíduos com estoma estão respaldados legalmente pela Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (podendo usufruir das cotas empregatícias) e pela Política de Saúde do Trabalhador, as quais lhes concedem o direito de retornar às suas atividades profissionais em condições adequadas à sua capacidade física e limitações^{10,11}.

Dessa forma, o processo de cuidar ao estomizado deve ser realizado de forma integral, considerando as necessidades do indivíduo, sejam elas de ordem emocional, física ou social^{11,12}.

Ao investigar publicações nacionais atuais sobre esta temática, verificou-se que, apesar dos esforços de estudos sobre este assunto^{1-3,7,8,13-16}, ainda persiste a carência de pesquisas que abordem a readaptação do trabalhador estomizado no ambiente de trabalho, principalmente na área da Enfermagem, e as repercussões que o afastamento da atividade laboral tem na vida destes^{8,14,15}. Logo, a permanência da lacuna de artigos científicos sobre este assunto justifica a realização desta investigação.

Diante deste contexto, objetivou-se analisar os aspectos envolvidos na reinserção ocupacional do estomizado, considerando a participação do enfermeiro nesse processo. Entende-se que o resultado desta investigação poderá contribuir para que os profissionais envolvidos, em especial, com a Saúde Ocupacional, criem ou reanalisem as estratégias utilizadas no processo de readaptação das pessoas com estomas nos âmbitos profissional e social.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O espaço delimitado para a investigação foi o Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE) e a Associação dos Ostomizados de Brasília (AOSB) do Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB da UnB), em que são realizadas reuniões mensais, nas primeiras sextas-feiras de cada mês. Em tais encontros, são abordados temas, pelos profissionais de saúde, referentes ao cotidiano da pessoa com estoma. Os participantes da pesquisa constituíram-se de indivíduos que frequentam essas reuniões mensais e/ou são atendidos no referido Serviço Ambulatorial. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter idade entre 18 e 64 anos; ter estomia intestinal há mais de um ano e em caráter definitivo; ter sido trabalhador em algum momento de sua vida, independente de exercer esta atividade atualmente e não possuir complicações que os impeçam de exercer atividades laborais.

Os dados foram coletados de fevereiro a março de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB, sob o protocolo 078/2012.

O instrumento utilizado para coletar os dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada individual, com adaptações para este estudo, proposto por Mauricio⁷, que tem se dedicado a estudos sobre a inclusão laboral da pessoa com estoma intestinal. Este objeto é composto de duas partes. A primeira inclui dados de caracterização do participante como sexo, idade, estado civil, escolaridade, pessoas que residem com o estomizado, renda familiar aproximada, número de pessoas que trabalham e moram na residência; atividade profissional exercida antes da estomia; tempo de estomizado; doença que levou à geração do estoma; presença de complicações relacionadas ao estoma e vínculo empregatício atual.

A segunda parte é composta por cinco questões referentes ao mundo do trabalho do estomizado, as quais abrangem os seguintes aspectos: atividade produtiva remunerada após a realização do estoma; retorno ou não do estomizado ao mundo do trabalho; facilidades e dificuldades para realizar a atividade produtiva; sugestões do entrevistado para facilitar a inclusão da pessoa estomizada no mundo do trabalho e a importância do profissional de Enfermagem nesse processo de retorno ao mundo do trabalho.

Neste estudo, as adaptações feitas no instrumento para coleta de dados de Mauricio⁷ referem-se à substituição do

termo “doença” para a “causa” que levou à geração do estoma e a frase “entrevista sobre aspectos referentes ao mundo do trabalho” para “entrevista sobre os aspectos referentes à reinserção ocupacional do indivíduo estomizado”. Além disso, foi excluído o item relacionado à renda familiar aproximada.

Para a realização das entrevistas, solicitou-se ao presidente da AOSB uma lista dos nomes e contatos dos sujeitos inscritos na associação dos estomizados. Desta forma, o convite foi feito por meio de contato telefônico e a entrevista foi agendada em locais sugeridos pelo entrevistado ou pelas pesquisadoras, tais como: onde acontecem as reuniões da AOSB e na residência ou no ambiente de trabalho dos estomizados. Em todos os locais, nos quais as entrevistas foram realizadas, houve a preocupação de selecionar áreas que não tivessem estímulos externos ou ruídos que pudessem influenciar o seu desenvolvimento. Apenas uma pessoa se recusou a participar do estudo. As entrevistas foram gravadas em um aparelho digital e duraram, em média, 30 minutos.

Após a realização de cada entrevista, conduziu-se a escuta atenta das gravações e, posteriormente, a transcrição para a leitura textual. A coleta de dados foi encerrada quando houve saturação dos dados, levando-se em consideração a repetição dos conteúdos, as falas e os significados. A análise dos dados foi realizada após a transcrição na íntegra dos relatos. Foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática proposta por Minayo¹⁷. Os dados foram organizados em grupos temáticos e, em seguida, organizados em categorias e analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Em relação aos preceitos éticos, estes foram embasados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde¹⁸. Também foi solicitada aos participantes a assinatura voluntária do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para a garantia de confiabilidade e anonimato dos participantes, estes foram referenciados com a letra “E”, seguidos das siglas numéricas de 1 a 10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 10 adultos, sendo 4 (40%) do sexo feminino e 6 (60%) do masculino, cuja idade variou de 41 a 61 anos. Quanto à escolaridade, um entrevistado tinha ensino superior completo, quatro tinham superior incompleto, quatro com ensino médio incompleto e um com ensino

médio completo. Em relação ao estado civil, sete eram casados, um era separado e dois eram solteiros. Nenhum participante residia sozinho, moravam com pelo menos um membro da família.

A presença de um(a) companheiro(a) ou outro familiar na residência pode significar apoio às pessoas estomizadas, as quais se sentirão mais seguras durante todo o processo de reabilitação, além de ser uma ajuda nas despesas do lar, auxiliando nas possíveis dificuldades financeiras que poderão surgir^{7,14}.

No que se refere ao trabalho anterior à realização do estoma, todos os indivíduos tinham uma atividade laboral: três secretárias, três pequenos empresários, um técnico têxtil, um gerente administrativo, um porteiro e um instalador de telefone. Após a realização da estomia, identificou-se que oito eram aposentados por invalidez, um recebia auxílio-doença e um continuava exercendo a mesma atividade prévia à realização da cirurgia. Dentre os sujeitos que recebiam aposentadoria, quatro exerciam trabalho informal e dois continuavam exercendo um trabalho formal. Quanto a estes últimos indivíduos, de acordo com as leis que regulamentam a aposentadoria dos trabalhadores por invalidez, eles não poderiam retornar ao trabalho formal^{7,8,13,14}. Entretanto, eles acabam voltando em função das necessidades financeiras pessoais e familiares, do baixo valor da aposentadoria, além do bem-estar psicológico que a atividade laboral lhes proporciona. A maioria (70%) deles relata que trabalhar faz com que não fiquem pensando o tempo inteiro no fato de estarem com um estoma intestinal.

Esse resultado foi evidenciado por um estudo com indivíduos estomizados, o qual mostrou que, dentre os 20 sujeitos entrevistados, 15 exerciam atividade laboral e 12 recebiam concomitantemente auxílios governamentais, ou seja, estes indivíduos trabalhavam na ilegalidade e recebiam seus auxílios. A alegação era de que os benefícios se mostravam insuficientes ao seu sustento financeiro e familiar, o que os levava a buscar algum complemento para a sua renda, em empregos informais^{7,13,14}.

Quanto à análise das entrevistas, emergiram quatro categorias: o significado do trabalho para a pessoa com estoma intestinal; fatores que dificultam a reinserção da pessoa com estoma intestinal no ambiente de trabalho; fatores que facilitam a reinserção da pessoa com estoma intestinal no ambiente de trabalho e o enfermeiro no

processo de retorno da pessoa com estoma intestinal ao mundo do trabalho.

O significado do trabalho para a pessoa com estoma intestinal

Neste estudo, o trabalho é visto como uma estratégia de enfrentamento utilizada pelos estomizados para conviver melhor com a sua nova condição de vida, ou seja, ter uma colostomia definitiva.

[...] Se você tiver a oportunidade de trabalhar é melhor, porque a cabeça funciona melhor, se você ficar em casa todo o tempo pensando que tem uma ostomia e não pode fazer nada, você acaba não vivendo mais e a sua qualidade de vida piora. Aí é uma bola de neve, se eu tô [sic] ruim mentalmente, psicologicamente, meu organismo vai começar achar ruim e os problemas com certeza vêm. – E5

[...] Eu ficava nervoso de ficar em casa, brigava com a mulher, ficava pensando no meu problema, por isso eu quis voltar a trabalhar. – E8.

Outro aspecto referido pelos participantes, em relação ao trabalho, foi que a falta da atividade laborativa poderia levar ao isolamento social e à depressão.

[...] ficar parado, a gente pensa demais, é pior, tem que procurar alguma coisa para estimular você a viver melhor. Se você ficar pensando: eu tenho um estoma, a gente não consegue nem viver. Tem gente que entra em depressão porque tem muita coisa que a gente fazia e não faz mais. – E7

[...] Quando eu ficava em casa, me isolei muito. Quero dizer que a gente tem que trabalhar mesmo, ficar em casa é muito depressivo. – E2

Esses achados corroboram os resultados encontrados em outros estudos que investigaram o processo de inclusão no trabalho da pessoa estomizada. Nessas investigações, além das questões financeiras, os entrevistados referiram o trabalho como uma importante forma de distração, de ocupação da mente e de reintegração social^{8,13-15}.

Vale ressaltar que até mesmo os indivíduos, que não estão trabalhando e recebem algum benefício do Governo, referem o desejo de voltar a trabalhar:

[...] Eu tenho vontade de trabalhar fora de casa, mas meu marido não deixa porque eu sofri muito e ele tem cuidado comigo. – E10

Neste sentido, o trabalho é visto como elemento fundamental para a existência sem depressão de um sujeito estomizado⁹. A sua falta pode levar o estomizado à ociosidade, ao isolamento social e ao sentimento de inutilidade^{5,6,19}. Portanto, fica evidente a vontade do estomizado de se sentir útil e pertencer a um grupo.

Para os participantes desta investigação, o trabalho constitui um fator determinante para o seu bem-estar psicológico, além de ser um coadjuvante para evitar a depressão e o afastamento social. Dessa forma, é possível que o retorno ao trabalho, formal ou informal, possa ser um elemento fundamental no processo de reabilitação da pessoa com estoma definitivo.

Fatores que dificultam a reinserção da pessoa com estoma intestinal no ambiente de trabalho

Conforme anteriormente, o estomizado sofre alterações em sua vida física, psicológica, social e, principalmente, na sua atividade laboral. Nessa perspectiva, muitos indivíduos relataram o uso da bolsa coletora como principal fator que dificulta a reinserção no ambiente de trabalho.

[...] Eu trabalhar de bolsa não dá, pode soltar gases, as pessoas podem escutar e eu morro de vergonha, a bolsa enche de ar, enche de fezes. Por exemplo, se eu tivesse [sic] trabalhando e a bolsa começasse a vazar, o que eu iria fazer? Dizer para o chefe, espere um pouquinho que eu tenho que me limpar? Não dá. A bolsa de colostomia é constrangedora. – E10

[...] Eu faço irrigação, se tivesse que usar bolsa, eu não voltaria a trabalhar porque incomoda, é indiscreto, parece que todo mundo está vendo, cheira mal, transpira, machuca, faz barulho. – E2

Desse modo, percebe-se que o uso da bolsa coletora é, muitas vezes, o principal motivo para impedir o indivíduo de voltar a trabalhar em função do desconforto e incômodo do equipamento, da presença de dor e gases e da perda do controle esfinteriano. Eles acreditam que não encontrarão empregadores e colegas de trabalho que compreendam essa situação, sendo evidente o medo da rejeição.

[...] A maior dificuldade do estomizado é essa: a convivência com o público. Você fica um pouco receoso, desconfiado, se de repente vai aparecer um barulho. As pessoas não vão entender, mesmo que você explique. – E1

Assim, a presença da estomia e a bolsa coletora geram autorrejeição e afastamento das outras pessoas. O indivíduo estomizado reluta em expor a sua condição frente à sociedade, preferindo se esconder; por consequência, a rejeição no trabalho e o medo do preconceito são temores constantes na vida dos estomizados^{13,14,19}.

Outra dificuldade citada pelos entrevistados foi a falta de um banheiro adaptado. Na maioria dos lugares, o que se encontra é um banheiro para deficientes físicos, mas não específico para estomizados. Além disso, uma grande parte destes locais não tem ducha higiênica, um artefato que ajudaria o estomizado no processo de limpeza e esvaziamento do dispositivo coletor.

[...] é uma realidade complicada, a maioria dos lugares não tem ainda um banheiro adaptado e, principalmente, não tem banheiro para estomizado. No meu trabalho, existe uma promessa de um banheiro adaptado para estomizado, mas ainda não foi feito nada lá. – E5

Estudos anteriores já mostraram a necessidade destes indivíduos de terem um banheiro adaptado para poderem sentir mais segurança na hora de optarem por retornarem ao mercado de trabalho formal^{7,8,12-14}. Iniciativas para aprimorar a qualidade de vida destes indivíduos, como a construção de banheiros adaptados e propostas de políticas públicas para a pessoa com estomia, têm sido realizadas pelas entidades representativas destes sujeitos.

No entanto, os resultados desta pesquisa revelaram que, apesar dos esforços feitos pelas sociedades representativas dos estomizados, a problemática da falta de uma estrutura física para receber os trabalhadores estomizados permanece. A falta de conscientização tanto na área institucional como na estatal a respeito dos espaços físicos para indivíduos com deficiência física, seja com ou sem estomia, ainda é um problema a ser enfrentado.

A falta de conhecimento da sociedade sobre as transformações que ocorrem com as pessoas estomizadas constitui outro fator citado pelos participantes deste estudo que contribui para dificultar a reinserção destes no ambiente de trabalho.

[...] É necessário que a sociedade tome conhecimento disso, porque a pessoa estomizada vai mais vezes ao banheiro e de repente está com uma chefia que não entende isso, porque a pessoa se ausenta tantas vezes, vai para o banheiro e fica lá de 15 a 20 minutos. – E5

[...] É preciso mostrar para a sociedade que existem pessoas estomizadas. Pelo fato de as pessoas não saberem o que é uma estomia, um estomizado, ninguém se prepara para isso. – E5

A readaptação do trabalhador no ambiente de trabalho deve envolver a articulação de programas de reabilitação profissional, com medidas que possam incluir aspectos flexíveis, característicos do trabalho atual, tais como: mudança de função; alteração das jornadas de trabalho e produtividade por cumprimento de metas. Sabe-se que o estomizado ou qualquer outro trabalhador que tenha uma deficiência física, para retornar ao trabalho, precisa ser avaliado e liberado pela perícia médica para retornar às suas funções ou ser readaptado a outro setor de acordo com os seus limites.

Entretanto, raramente esse trabalhador sofre mudança de função, pois é visto por muitos empregadores como incapazes de trabalhar novamente em função de suas limitações, as quais podem interferir na produtividade e no lucro da empresa. Ademais, este processo de incluir-se a uma nova função pode ser extremamente desgastante, principalmente quando os indivíduos não recebem a qualificação e o acompanhamento adequados¹²⁻¹⁵.

[...] Empresa particular visa muito lucro, podia me tirar pra [sic] motorista, despachante, um setor que não precisasse de esforço físico e não quiseram fazer isso. – E8

Nesta perspectiva, é necessária a criação de novas oportunidades de emprego aos estomizados, as quais sejam adequadas às suas condições de saúde. Um indivíduo com estoma precisa adotar vários cuidados e procedimentos para manter-se ou se incluir no mundo do trabalho. Ele não pode exercer atividades nas quais permaneça em pé ou sentado durante todo o tempo e naquelas que demandam esforço físico em excesso. Deve ter acesso a um banheiro adequado para sua higienização, ter uma alimentação equilibrada e garantia de retorno às consultas médicas com periodicidade regular^{7,8,12,13}. Logo, muitas empresas não manifestam interesse em empregar esses indivíduos, devido aos gastos que teriam com as

adequações do ambiente de trabalho, que vão diretamente contra a ideologia típica capitalista¹³.

Portanto, o principal fator que dificulta a reinserção das pessoas estomizadas no mercado de trabalho é o medo constante de serem rejeitados pelos colegas de profissão, assim como pela sociedade em geral, situação que faz com que estes indivíduos evitem conviver em grupos. Desse modo, as campanhas educativas e de conscientização, conduzidas pelos profissionais da área de saúde e das associações representativas destas pessoas, ainda são insuficientes ou pouco abrangentes.

Fatores que facilitam a reinserção da pessoa com estoma intestinal no ambiente de trabalho

Essa categoria é o resultado da análise das respostas dos entrevistados quando questionados sobre os fatores que facilitariam a reinserção da pessoa estomizada no mundo do trabalho. Dentre as facilidades mais citadas, está a possibilidade de realizar o sistema de irrigação da colostomia.

O sistema de irrigação é um método que controla a exneração das fezes por meio da introdução de água potável em temperatura ambiente, uma vez por dia. A água para irrigação deve estar em temperatura próxima ao organismo, a fim de não provocar cólicas, e o volume de acordo com o peso e as condições do estomizado¹⁵.

Os participantes alegam que esta alternativa, que permite o controle das eliminações intestinais, facilita a sua rotina diária. Desta forma, conseguem programar os horários e o tempo de permanência nos lugares, evitando possíveis constrangimentos, além de se sentirem menos receosos de conviver com a população.

[...] A irrigação facilita muito para quem trabalha fora. – E6

[...] agora que estou fazendo o sistema de irrigação, facilita a minha vida em tudo, vou para qualquer lugar, usando um ocluser, agora eu consigo ficar no meio das pessoas. – E2

A possibilidade de realizar o sistema de irrigação é fundamental para o indivíduo no momento em que vai optar por voltar, ou não, ao trabalho. Por outro lado, não são todos os indivíduos colostomizados que podem fazer o processo da irrigação. Esse método se limita às pessoas que possuem estomas definitivos, colostomia em alça terminal ou reto,

sem doenças inflamatórias intestinais e complicações e com capacidade de exercer o autocuidado^{7,8,13,19}.

Outra facilidade referida pelos participantes é a possibilidade de ter um negócio próprio, pois poderiam escolher uma ocupação que envolve trabalho leve e sem exposição ao calor; fazer a higienização da colostomia a hora que precisassem; teriam flexibilidade de horário e não ficariam preocupados em serem discriminados pelas pessoas no seu local de trabalho caso venha acontecer alguma situação constrangedora em relação ao estoma.

[...] Eu acho que a pessoa estomizada não deveria trabalhar formalmente, pois esta situação é muito difícil, deveria ter um negócio próprio, eu, por exemplo, alugo imóveis. – E4

Ter um local próprio para trabalhar é melhor, posso sair para soltar os gases, posso fazer o meu horário de trabalho. – E7

[...] Flexibilidade de horário de trabalho facilitaria muito a nossa vida, pois sempre temos que ir a consultas, fazer algum exame. – E9

Segundo os participantes, ter chefes e colegas cientes do seu problema de saúde, assim como ter apoio deles, também é visto como um facilitador, além de estimular o retorno ao trabalho. Essa realidade é fundamental no dia a dia do trabalho, pois esses trabalhadores conseguiriam conciliar os cuidados com a sua saúde com as suas atividades profissionais.

No entanto, para que a equipe de trabalho entenda o que é ser um trabalhador estomizado, sugere-se que sejam fornecidas palestras educativas sobre esta problemática de saúde, inclusive trazendo um trabalhador com estomia para compartilhar como é conviver com uma colostomia. Compreende-se que esta estratégia é importante para a inclusão social do estomizado em seu local de trabalho, pois o desconhecimento da população em geral a respeito da pessoa estomizada faz com que esta seja discriminada em relação a sua capacidade produtiva.

[...] Fazer reunião com as pessoas que trabalham para falar que existe um estomizado. Fazer palestras sobre estomizados e as doenças que causam isso. Aí vai o médico da empresa, a enfermeira para explicar. Ninguém sabe o que é isso e você pode levar a empresa toda para lá. Funcionários que têm uma estomia podem dar depoimentos, aí de repente a gente não fica tão constrangida

diante das intercorrências que podem acontecer no dia a dia, porque as pessoas já estão cientes do problema. – E6

Ademais, entende-se que as organizações para recolocação das pessoas estomizadas ou com outra deficiência física devem trabalhar com a sensibilização e a conscientização dos demais trabalhadores, estabelecendo uma relação de compreensão e receptividade. Daí a importância das ações educativas do enfermeiro do trabalho nessas organizações.

Portanto, os estomizados referem como fatores facilitadores para o retorno ao mercado de trabalho a possibilidade de realizar irrigação, de ter um negócio próprio, a flexibilidade de horário no trabalho e o apoio dos empregadores e colegas de trabalho.

O enfermeiro no processo de retorno da pessoa com estoma intestinal ao ambiente de trabalho

Essa categoria está relacionada à análise das respostas dos estomizados quando questionados sobre a importância do profissional de enfermagem no processo de retorno ao trabalho. Os resultados demonstraram que a importância do enfermeiro está relacionada ao papel que este profissional tem no processo de informar e orientar não somente em relação ao autocuidado, mas também nas atividades diárias de acordo com a capacidade funcional de cada estomizado, inclusive o retorno às atividades laborais.

[...] A coisa principal do enfermeiro é passar a ideia que o mundo para o estomizado não acabou, conversar, dizer que o fato de ser estomizado e trabalhar não vai prejudicar a saúde, não vai ficar mais doente, que a vida segue mesmo com esse problema. – E5

Todavia, nenhum entrevistado reporta ter recebido orientações pelo enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde sobre a possibilidade de trabalhar no mercado de trabalho formal ou informal. Enfatiza-se que os profissionais envolvidos com o processo de reabilitação das pessoas com estoma devem ter conhecimento sobre as atividades laborais indicadas a esta clientela e, assim, orientá-la a respeito dos seus direitos de inclusão trabalhista, incentivando-a a se reinserir no mundo do trabalho¹³⁻¹⁵.

Vale lembrar que o retorno ao trabalho faz parte do processo de reabilitação, assim como a inclusão social do indivíduo, além de que nesta etapa do processo de reabilitação

espera-se que a pessoa com estoma seja capaz de realizar o autocuidado.

As orientações fornecidas pelos enfermeiros em relação ao retorno ao trabalho devem se centrar nas características pessoais desses indivíduos. Também devem esclarecer aos estomizados que deverão exercer atividades laborais que não prejudiquem a sua saúde. Essas pessoas deverão evitar ocupações nas quais tenham que fazer força física excessiva; que as exponham ao calor constante e a produtos químicos na região do estoma; que tenham que utilizar uniformes apertados; que não flexibilizem seu horário para que possam ir às consultas da equipe multiprofissional; que não permitam a sua ida ao banheiro quando necessário ou que não forneçam condições dignas para realização de sua higiene^{7,14,15}.

O enfermeiro deve ainda informar à pessoa com estoma sobre a sua condição legal de ser incluído como pessoa com deficiência física, encaminhando-o ao serviço social, para que possa receber informações sobre os serviços disponíveis em relação a sua qualificação profissional, sobre o sistema de cotas, além das vagas destinadas nos concursos públicos. Deve ser realizado um levantamento dos dados a respeito da formação escolar e experiência dos estomizados, das atividades laborais exercidas antes do desenvolvimento do estoma e da sua vontade de reinserir-se no ambiente de trabalho^{7,8,13,14}.

Além do papel do enfermeiro como educador e facilitador do processo de reabilitação das pessoas com estoma, os sujeitos deste estudo perceberam esse profissional como um elemento fundamental na divulgação sobre a temática de estomias para a sociedade em geral.

[...] O enfermeiro deve conversar, explicar como funciona, informação básica mesmo. Estomia é pouco divulgado na área da saúde, a maioria não sabe o que é isso. – E6

[...] Eu acho que os enfermeiros poderiam falar mais para as pessoas, divulgar mais o que é estomizado. Quase ninguém sabe disso. – E4

Desse modo, o papel do enfermeiro no processo de retorno ao trabalho das pessoas com estoma está relacionado ao fornecimento de informações, orientações, esclarecimentos a respeito do autocuidado com o estoma, assim como a inclusão social e as atividades produtivas fundamentadas na capacidade funcional de cada indivíduo.

Este profissional deve estar ciente de que cada pessoa estomizada é singular e tem um comportamento diferente às diversas situações que possam ocorrer no dia a dia, portanto deve focar suas ações na reestruturação dos vínculos sociais e relacionais, da autoestima e independência. Tais aspectos poderão proporcionar qualidade de vida ao trabalhador com estoma.

Neste aspecto, ressalta-se a relevância deste estudo, uma vez que seus resultados podem auxiliar na construção do conhecimento dos enfermeiros e de outros profissionais da saúde quanto aos aspectos positivos e negativos que envolvem a reinserção no ambiente de trabalho de uma pessoa com estoma intestinal definitivo.

A limitação desta pesquisa baseou-se na escassa quantidade de artigos científicos elaborados por profissionais de Enfermagem sobre a reinserção profissional do indivíduo com estoma intestinal, principalmente relacionados às orientações fornecidas pelos enfermeiros sobre este assunto. Por isso, recomenda-se que sejam desenvolvidos mais estudos a respeito desta temática, com a finalidade de contribuir para melhorias nas vidas familiar, social e laboral de tais indivíduos.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo atingiu os objetivos propostos que incluíam analisar os aspectos envolvidos na reinserção profissional dos estomizados e a participação do enfermeiro nesse processo. Os resultados revelaram o quanto o fato de estar exercendo alguma atividade, seja ela no mercado de trabalho formal ou informal, repercute na melhoria da qualidade de vida da pessoa com estoma. Para estes indivíduos, o trabalho tem um significado, pois ele é visto como uma estratégia de enfrentamento para a sua nova condição de vida e uma forma de evitar o afastamento do convívio social.

Quanto aos fatores que dificultam o retorno ao trabalho destes sujeitos, o uso da bolsa coletora e a falta de um banheiro adaptado às necessidades dos estomizados foram os fatores mais mencionados. Por outro lado, como fatores facilitadores, destacou-se a possibilidade de os estomizados fazerem uso da irrigação, proporcionando-lhes mais autoconfiança e autonomia no ambiente de trabalho.

Em relação ao papel do enfermeiro no processo de retorno ao trabalho das pessoas com estoma, os resultados evidenciaram que há uma lacuna a respeito da atuação

deste profissional. Nenhum entrevistado referiu ter recebido informações e/ou orientações sobre a possibilidade de retornar ao mundo do trabalho, seja formal ou informal. Logo, sugere-se a necessidade da realização de novas pesquisas que avaliem as informações e orientações dadas pelos enfermeiros às pessoas com estoma sobre as possibilidades de sua reinserção no ambiente de trabalho. Ademais, os dados encontrados mostraram que ainda é

preciso realizar abordagens e ações educativas mais abrangentes junto à sociedade em geral sobre o que é uma pessoa com estoma intestinal, a fim de minimizar os estigmas estabelecidos a estes indivíduos.

Portanto, os resultados desta investigação poderão contribuir na estruturação de novos modelos de atenção às pessoas com estoma intestinal definitivo, nos moldes da integralidade do processo de cuidar em saúde.

REFERÊNCIAS

- Pereira CS, Prette AD, Prette AA. Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física? *Rev Psico USF*. 2008;13(1):105-14.
- Silva NG, Gama FA, Dutra RA. Percepção de pacientes com estomia sobre mitos e medos relacionados a esta condição. *Rev Estima*. 2008;6(1):22-6.
- Perugini VC, Linhares M, Silva RD, Pereira VC, Rocha MS, Collares JV. Processo de viver com estomia: facilidades e limites. *Rev Estima*. 2006;4(1):1-20.
- Santos VL, Sawaia BB. A bolsa na mediação estar ostomizado – estar profissional: análise de uma estratégia pedagógica [Internet]. *Rev Latino-am Enferm*. 2000 [citado 18 mar. 2015];8(3):40-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12398.pdf>
- Silva AL. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva [Internet]. *Rev Latino-am Enferm*. 2006 [citado 18 mar 2015];14(4):483-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a03.pdf>
- Souza MP, Santos VR, Vilela BS, Paula MA. Estoma e vida laborativa. *Rev Estima*. 2007;5(1):13-20.
- Maurício VC. A pessoa estomizada e o processo de inclusão no trabalho: contribuição para a enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
- Maurício VC, Souza NV, Lisboa MT. Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada [Internet]. *Rev Bras Enferm*. 2014 [citado 18 mar. 2015];67(3):415-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140055>
- Brasil. Decreto-lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis números 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília; 2004, seção 1, p. 5.
- Brasil. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências [Internet]. [citado 25 ago. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012: institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [Internet]. [citado 25 ago. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- Schwalm MT, Ceretta LB, Farias BM, Bonfanti MP, Zimmermann KC, Perfol R, et al. Perfil das pessoas estomizadas atendidas na clínica Escola de Enfermagem da Universidade do extremo sul Catarinense – UNESC. *Rev Iniciação Cient* [Internet]. 2013 [citado 18 mar. 2015];11(1):97-105. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/index.php/iniciacaocientifica/article/viewFile/1626/1538>
- Franco VQ, Maurício VC, Souza NV, Maurício CE, David HM. Inclusão laboral da pessoa estomizada sob ótica do capitalismo neoliberal. *Rev Enferm Profissional* [Internet]. 2014 [citado 18 mar. 2015];1(2):291-293. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/index/search/authors/view?firstName=Vanessa&middleName=Queli&lastName=Franco&affiliation=&country=BR>
- Maurício VC, Souza NV, Lisboa MT. O sentido do trabalho para o ser estomizado. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):656-64.
- Maurício VC, Souza NV, Lisboa MT. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17(3):416-22.
- Cruz EJ, Souza NV, Maurício VC. Reinscrição da pessoa com estomia intestinal no mundo do trabalho: uma revisão bibliográfica. *Rev Estima*. 2011;9(2):31-8.
- Minayo MC. O desafio do conhecimento. 6. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
- Coelho AR, Santos FS, Poggetto MT. Stomas changing lives: facing the illness to survive. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 [citado 18 mar. 2015];17(2):268-77. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130021>

A Pessoa Estomizada: Análise das Práticas Educativas de Enfermagem

The Ostomized People: Analysis of Educational Nursing Practices

La Persona Portadora de Ostomía: Análisis de las Prácticas Educativas de Enfermería

Bruna Gomes¹, Shirley Santos Martins²

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo tipo revisão integrativa com o objetivo de analisar as evidências disponíveis quanto às orientações de enfermagem fornecidas a pessoa estomizada. Coleta de dados de junho a julho de 2014, artigos publicados nos últimos 10 anos. Critérios de inclusão: Métodos explícitos, em português, adultos e idosos de ambos os sexos, periódicos on-line gratuitos a partir da busca avançada. Critérios de exclusão: estudos duplicados e não ter aderência ao objetivo do estudo. Obteve-se uma amostra de 10 artigos. As publicações se concentram no período de 2009 a 2010 (50%). A literatura preconiza o início das orientações de enfermagem no pré-operatório. O conteúdo das orientações é variável entre os artigos não havendo nenhuma padronização/preconização específica de consensos e diretrizes para o assunto a ser abordado. Concluímos que há imensa lacuna no processo de reabilitação da pessoa com estoma e que podem ser solucionados com resgate das orientações fornecidas à clientela em termos de apreensão das informações.

DESCRITORES: Estomaterapia. Estomia. Educação em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive type integrative review study with the objective evidence available about the nursing instructions provided to ostomized people. Data collection from June to July 2014, articles published in the last 10 years. Inclusion criteria: Explicit methods, in Portuguese, adults and seniors of both sexes, online journals free from the advanced search. Exclusion criteria: duplicate studies and not adherence to the purpose of the study. There was obtained a sample of 10 items. The publications focus on the period 2009 to 2010 (50%). The literature recommends the beginning of nursing instructions preoperatively. The content of the guidelines is variable between the articles and there is no standardization / preconization specific consensus and guidelines for the issue to be addressed. We conclude that there is huge gap in the person's rehabilitation process with stoma and can be solved with redemption of the guidance provided to customers in terms of seizure of information.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Ostomy. Health education. Nursing.

¹Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) – São Luís (MA), Brasil. Endereço para correspondência: Bruna Gomes – Rua da Felicidade, 4 – CEP: 65080-800 – São Luís (MA), Brasil. E-mail: brunagomes2000@yahoo.com.br

²Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – São Luís (MA), Brasil.

Artigo recebido em: 12/08/2015 - Aceito para publicação em: 26/03/2016

RESUMEN

Este es un estudio de revisión integradora de tipo descriptivo con la evidencia objetiva disponible acerca de las instrucciones de enfermería prestadas a las personas portadoras de ostomías. La recolección de datos de junio a julio de 2014, los artículos publicados en los últimos 10 años. Criterios de inclusión: métodos explícitos, en portugués, adultos y ancianos de ambos sexos, los diarios gratuitos en línea de la búsqueda avanzada. Criterios de exclusión: estudios duplicados y no adherencia a la finalidad del estudio. Se obtuvo una muestra de 10 artículos. Las publicaciones se centran en el período 2009 a 2010 (50%). La literatura recomienda el inicio de las instrucciones de enfermería en el preoperatorio. El contenido de las directrices es variable entre los artículos y no hay una estandarización / consenso específico preconización y lineamientos para el tema a tratar. Llegamos a la conclusión de que existe una gran brecha en el proceso de rehabilitación de la persona con estoma y puede ser resuelto con la redención de la orientación proporcionada a los clientes en términos de incautación de información.

DESCRIPTORES: Estomaterapia. Estomía. Educación en salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Estoma e estomia são palavras de origem grega que significam boca ou abertura, utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo por causas variadas, desviando o trânsito normal¹. A terminologia médica apresenta numerosos casos de impropriedades evitáveis, como exemplo o termo grego *stoma*, na transmutação dos termos gregos para o português e suas formas derivadas, com algumas exceções. Na formação de nomes com elementos procedentes do grego ou do latim, usa-se o *e* antes de termos iniciados por “s”, e não “o”, como exemplo, dessa forma escreve-se estoma, e não ostoma, como comumente é observado em alguns casos².

A estomia tem como objetivo realizar as funções do órgão danificado a partir de procedimento cirúrgico no qual é realizada uma abertura para contato com o meio exterior³. A nomeação da estomia varia de acordo com o segmento corporal afetado. Assim, tem-se a traqueostomia, que é a abertura da traqueia; a estomia gástrica, denominada gastrostomia; as estomias urinárias, urostomias, que podem ser classificadas em nefrostomia, ureterostomia e cistostomia; e as estomias intestinais, que são as jejunostomias, ileostomias e colostomias^{4,5}.

Independentemente de ser temporária ou definitiva, a realização desse procedimento acarreta uma série de mudanças na vida do paciente e requer um cuidado especializado de enfermagem. No que se refere à epidemiologia do tema em questão, destaca-se a inexistência de dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a situação dos estomizados no Brasil.

Desse modo, segundo Vladimir Kleinwachter, vice-presidente da *International Ostomy Association*, há cerca de um estomizado para cada 1.000 habitantes, em países com um bom nível de assistência médica, podendo ser bem inferior nos países menos desenvolvidos⁶. Essa estimativa foi baseada em coleta de dados feita junto aos países membros da organização, constatando-se ausência de muitas respostas. Projetando-se essa estimativa para o nosso país tendo como base o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷, quando a população total era de 190.732.694 pessoas, teríamos cerca de 190 mil estomizados.

Em publicação recente, na Revista da Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), a respeito dos relatórios de alguns países exibidos na Conferência Anual da *United Ostomy Association*, no Canadá em 2005, têm-se: a Sérvia com 4.000 estomizados, clientela que ocupa o terceiro lugar no país, somente após diabéticos e hemofílicos; a Ucrânia, com 50 mil e a Rússia com 120 mil pessoas com estomas. Além disso, a associação japonesa contava, em 2005, com 12 mil membros, com média etária de 61 anos⁸.

Frente a essa situação, o estomizado é amparado por um arcabouço legal que se fortalece ao longo dos anos, pois antes do ano de 2004 os direitos dos estomizados estavam basicamente, ou melhor, resumidamente, restritos ao fornecimento de bolsas coletoras, como previsto nas Portarias 116/93⁹ e 146/93¹⁰, do Ministério da Saúde.

Essa história ganha uma nova dimensão com a publicação da Lei 5296, de 2 de dezembro de 2004, cujo Artigo 5º (quinto) classifica os portadores de ostomia como deficientes físicos. Nesse novo contexto, os estomizados passam a ter todos os direitos de uma Pessoa com Deficiência. Dessa

forma, ganham o amparo de um significativo conjunto de leis, que regulamentam os direitos dos deficientes no Brasil, nas esferas federal, estadual e municipal¹¹.

A condição de estomizado implica em mudanças no estilo de vida não só da pessoa com estoma, mas da sua família. Evidencia-se que o processo de reabilitação deve ser implementado com o paciente e sua família já na fase diagnóstica, visando restituir-lhe as atividades de convívio social e melhorar sua qualidade de vida diante do impacto de aquisição do estoma¹². A família do estomizado conhece seus hábitos e preferências, ou seja, possui informações importantes que podem ser úteis no planejamento da reabilitação¹³.

A reabilitação e o autocuidado do cliente estomizado requerem do profissional enfermeiro atitudes de adequação da sua prática às necessidades dessa clientela, focadas na questão educativa. Assim, entende-se educação como um processo dinâmico, criativo, progressivo, reflexivo e libertador, contextualizada no universo cultural onde se compartilha o aprendizado, objetivando o aproveitamento máximo das capacidades residuais ou potencialidades do cliente¹⁴.

É de suma importância ressaltar nesse processo de ensino a Teoria do Autocuidado formalizada pela teórica Dorothea Orem, que permite subsídios para conscientização do paciente referente à importância de ser também responsável pelo seu cuidado¹⁵. A Teoria de Orem é baseada na premissa de que os pacientes podem cuidar de si mesmos, sendo encorajados a serem independentes o máximo possível, e quando um indivíduo é incapaz de cumprir seus requisitos de autocuidado, é papel do enfermeiro determinar esses déficit e definir as modalidades de suporte¹⁶.

A educação em saúde é considerada uma função inerente à prática de enfermagem e uma responsabilidade essencial da profissão¹⁷. Neste sentido, o enfermeiro é um profissional qualificado para exercer a atividade de educação em saúde, pois, além de obter conhecimento teórico, é a figura que está ao lado do enfermo durante a maior parte do período de internação.

Observa-se a necessidade de uma efetiva orientação para dar continuidade ao cuidado, satisfazendo as necessidades do paciente de forma eficaz e atendendo integralmente o indivíduo, sua família e a comunidade. Assim, cabe ao enfermeiro, nesta oportunidade, promover práticas educativas de modo que a família e o paciente sejam ouvidos, envolvidos e tranquilizados para a nova situação de vida.

A necessidade de elaboração deste estudo era evidente, visto que ao realizar o cuidado de enfermagem ao paciente estomizado identificava que muitos deles verbalizavam atitudes de autocuidado incorretas fornecidas por profissionais da saúde. Essa realidade foi o fator propulsor que despertou o interesse para realizar este estudo referente às orientações de cuidado aos adultos estomizados.

A relevância deste estudo constitui-se pela contribuição a temática supracitada e pelo subsídio ao atendimento às pessoas estomizadas, fomentando assim a construção de uma visão mais ampliada por profissionais enfermeiros sobre orientações de cuidado ao paciente estomizado.

O objetivo desta pesquisa foi analisar evidências disponíveis quanto às orientações de enfermagem fornecidas a pessoa estomizada, caracterizando os elementos inerentes ao tema, bem como pontuar o conteúdo abordado e identificar estratégias utilizadas e o momento da orientação.

MÉTODO

Para a realização deste estudo, utilizou-se a revisão integrativa, por ser um método amplo, que busca aprofundamento sobre determinado assunto, a fim de promover a melhoria da assistência prestada ao paciente, embasada em evidências e fundamentada por estudos anteriores. Seguiram-se as seguintes etapas: formulação do problema; coleta, avaliação, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos resultados¹⁸.

Para atender o objetivo desta pesquisa, este estudo teve como questão norteadora: como é realizada e quais são as orientações de enfermagem fornecidas à pessoa estomizada?

Os estudos selecionados seguiram os seguintes critérios de inclusão: estudos com métodos explícitos, publicados em português, realizados com adultos e idosos de ambos os sexos, em periódicos *on-line* gratuitos a partir da busca avançada. E, como critérios de exclusão: estudos duplicados e sem aderência ao objetivo do estudo.

O período da coleta de dados foi de junho a julho de 2014, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – MEDLINE), a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América, Base de Dados de Enfermagem da Biblioteca virtual em Saúde (BDENF/

BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Optou-se por buscar estudos publicados nos últimos 10 anos, ou seja, de 2005 a 2014. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: estomia, educação em saúde e enfermagem.

A inclusão de estudos que foram encontrados por meio do descritor “estomia” quanto pelo cruzamento duplo “estomia + educação em saúde” e pelo cruzamento triplo “estomia + educação em saúde + enfermagem” ocorreu pelo fato de que alguns eram obtidos somente com o primeiro descritor e outros somente utilizando dois ou três descritores, ressalta-se que nos cruzamentos foram utilizados o operador Booleano “AND”. Obteve-se um total de 1.549 referências (Tabela 1) e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão anteriormente descritos, obteve-se uma amostra de 10 artigos.

Para coletar os dados, foi utilizado um instrumento com os seguintes quesitos: título autor, ano, revista, idade, tipo de estudo, momento orientação, tipo de estoma, estratégia, conteúdo.

RESULTADOS

A maioria dos periódicos (Quadro 1) é da área da enfermagem (Revista Brasileira de Enfermagem, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Texto e Contexto de Enfermagem e Perspectivas online de Enfermagem), sendo apenas dois da área da saúde (Recom e Revrene), não específicos para enfermagem, ressaltando que todos os autores são enfermeiros. Os trabalhos encontrados trazem em seus títulos a palavra cuidado, enfatizando as práticas realizadas para a manutenção de estomas por enfermeiros, familiares, cuidadores ou pelo próprio cliente.

Os temas apresentam diversas abordagens, dentre elas, a vivência da pessoa estomizada e do cuidador familiar, autocuidado, o idoso estomizado, reabilitação em enfermagem, educação permanente para enfermeiros e a educação da pessoa estomizada. Dessa forma, observa-se que os estudos abordam a pessoa estomizada em diferentes temas que convergem para o assunto em questão.

Dos 10 artigos que compuseram a amostra desta revisão integrativa, 5 (50%) foram encontrados nas bases de dados LILACS, 4 (40%) na BDENF e 1 (10%) na CAPES. As publicações se concentram no período de 2009 a 2010 (50%), 30% nos anos de 2012 a 2013 e 20% 2007 a 2008 (Quadro 1).

A abordagem metodológica utilizada foi a qualitativa, para avaliar as orientações de enfermagem às pessoas estomizadas, entre eles predominou o estudo exploratório. Os autores que mais estudaram o tema em questão foram Martins e Alvim, com 30% das publicações. Muitos autores realizam pesquisas focando as orientações de enfermagem a pessoa estomizada, porém poucos avaliam a efetivação das mesmas. Os tipos de estomias referidos nos estudos foram as intestinais e urinárias (Quadro 2).

Conforme descrito nos critérios de inclusão, esta revisão integrativa foca a avaliação das orientações de enfermagem direcionadas a adultos e idosos. Observa-se que cinco dos periódicos não especificaram a idade dos estomizados, definindo-os apenas como maior de 18 anos (N1); adulto e idosos (N5 a 7) e somente como adultos (N8), os demais que especificam as idades, dois realizado com idosos jovens (N4: 62 anos) e de mais idade/idosos mais velhos (N3: 93 anos); quanto aos adultos observa-se adultos jovens (N1: 26 anos, N2 e N9: 18 anos) e somente o artigo N4: 34 anos.

Ao analisar o momento que se iniciou esta orientação, observamos que somente um estudo enfatizou o início da prática das orientações de enfermagem no período pré-operatório, e os demais 90% no pós-operatório (Quadro 2).

Tabela 1. Distribuição dos artigos científicos obtidos nas bases de dados: BDENF, Lilacs, Capes, Medline e SciELO, segundo Descritores em Ciências da Saúde.

DECS	BDENF	LILACS	CAPES	MEDLINE	SciELO	Total
Estomia	84	186	40	1.057	21	1.388
Estomia AND educação em saúde	8	13	24	45	1	91
Estomia AND Educação em Saúde AND Enfermagem	7	11	8	43	1	70
Total	99	210	72	1.145	23	1.549

DECS: descritores em ciências da saúde; BDENF: Base de dados de enfermagem; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; MEDLINE: Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

Quadro 1. Artigos publicados no período de 2005 a 2014, segundo título, autor, ano, periódico, idade e tipo de estudo.

N	Título	Autor/ano	Periódico	Idade	Tipo de estudo
01	Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal.	Oliveira et al. (2014) ¹⁷	Revrene	26 a 57	Exploratório Descritivo Qualitativo
02	Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centro oeste de Minas gerais.	Moraes, Sousa e Carmo (2012) ²²	Recom	18 a 59	Transversal Qualitativo
03	Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas no cuidado de enfermagem complexo ao idoso estomizado.	Barros et al. (2014) ³⁴	Rev Bras Enf.	60 a 93	Qualitativo Descritiva do tipo estudo de caso
04	O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma.	Mauricio, Souza e Lisboa (2013) ³⁵	Esc Anna Nery Rev de Enf.	35 a 62	Descritivo- exploratório Qualitativo
05	Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde.	Cunha, Backes e Heidemann (2012) ³⁶	Acta Paul Enf.	Adulto e Idoso	Qualitativo
06	Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem.	Martins e Alvim (2012) ³⁷	Texto Contexto Enf.	Adulto e idoso	Convergente Assistencial Qualitativo
07	Saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária e sua pertinência no cuidado.	Martins e Alvim (2012) ²³	Perspectivas online	Adultos e Idoso	Descritivo- exploratório Qualitativo
08	Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação.	Martins e Alvim (2011) ²¹	Rev Bras Enf.	Adultos	Convergente Assistencial Qualitativo
09	Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a Assistência de enfermagem.	Nascimento et al. (2011) ²⁶	Texto Contexto Enf.	>18	Exploratório Descritivo Qualitativo
10	Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de orem.	Menezes et al. (2013) ²⁰	Rev Rene	31 a 51	Descritiva Qualitativo

Quadro 2. Distribuição dos artigos segundo o tipo de estoma, o momento e as estratégias das orientações.

N	Autor/ Ano	Tipo de estoma	Momento	Estratégias
01	Oliveira et al. (2014) ¹⁷	Intestinal	Pós op.	Verbal
02	Moraes, Sousa e Carmo (2012) ²²	Intestinal	Pré e Pós op.	Verbal
03	Barros et al. (2014) ³⁴	Intestinal	Pós op.	Verbal + demonstração em grupo
04	Mauricio, Souza e Lisboa (2013) ³⁵	Intestinal	Pós op.	Verbal
05	Cunha, Backes e Heidemann (2012) ³⁶	Intestinal	Pós op.	Círculo dialógico
06	Martins e Alvim (2012) ³⁷	Intestinal Urinário	Pós op.	Pedagogia problematizadora Diálogo
07	Martins e Alvim (2012) ²³	Intestinal Urinário	Pós op.	Verbal + treinamento
08	Martins e Alvim (2011) ²¹	Intestinal Urinário	Pós op.	Prática dialógica
09	Nascimento et al. (2013) ²⁶	Intestinal	Pós op.	Verbal
10	Menezes et al. (2013) ²⁰	Intestinal	Pós op.	Verbal

op.: operatório

DISCUSSÃO

Os dados coletados nesta revisão emergiram em três categorias: o momento da orientação, o tema abordado e as estratégias utilizadas.

Momento da orientação

Quando se fala em estomizado é de suma importância focar as orientações referentes aos cuidados que serão fornecidas ao paciente, e o momento que devemos orientá-los para promoção eficaz do autocuidado.

A literatura preconiza que o ensino do autocuidado deve ser iniciado logo após a decisão sobre o procedimento terapêutico a ser realizado. No período pré-operatório, logo no momento da admissão hospitalar, o paciente deve receber as principais orientações sobre sua futura condição de vida e os cuidados que, a partir de então, serão necessários. No pós-operatório imediato e tardio, o paciente deverá esclarecer suas dúvidas, demonstrar suas habilidades e mostrar-se capaz de realizar os cuidados domiciliares; caso seja necessário um cuidador, a demonstração será realizada por este. No momento da alta, o paciente será encaminhado ao Programa de assistência aos Ostomizados, para receber atendimento especializado e fornecimento dos equipamentos necessários à sua nova condição¹⁹⁻²⁰.

A amostra N2 ressalta que a importância da orientação ser iniciada nesse momento deve-se ao fato de nesse período ser avaliado questões físicas (nutrição, funcionamento intestinal, comorbidades), questões sociais relacionadas à dinâmica familiar e de suporte emocional permitindo ao estomizado trabalhar sua estratégia de enfrentamento²². Nesse momento, o paciente absorve melhor as informações e isso pode contribuir para seu ajuste físico e psicológico após a cirurgia, uma melhor recuperação, adequação e sucesso no autocuidado. É ressaltado, também, que todas as informações pré-operatórias contribuem para o ensino pós-operatório, o qual deve ser contínuo e focado nas dificuldades dos pacientes e seus familiares/cuidadores¹⁹⁻²¹.

Ao descrever um cuidado de enfermagem de qualidade fica evidenciado que, quando iniciado ainda no período pré-operatório, permite à pessoa uma orientação e preparação para lidar com esse novo modo de vida, favorecendo o desenvolvimento de habilidades necessárias e sanando as dúvidas referentes ao autocuidado que terá que realizar dali para frente²³.

A enfermagem pode realizar suas orientações juntamente com a equipe multidisciplinar, na qual deve abordar o paciente e sua família com linguagem clara e de fácil entendimento, oferecendo orientações individualizadas na busca de atender às expectativas dos mesmos²⁴.

A literatura corrobora com a afirmação anterior ao mencionar que a falta de uma assistência adequada, especialmente direcionada e articulada nas fases pré, trans e pós-operatório, envolvendo uma equipe multiprofissional, o próprio cliente e familiares, pode ocasionar dificuldade na aceitação da estomia, a adaptação dos novos hábitos de vida, além da rejeição da prática do autocuidado²⁵.

Conteúdo abordado nas orientações

Ao analisar o conteúdo abordado nas orientações de enfermagem, constatou-se que o assunto mais discutido foi higienização e troca de bolsa, os assuntos eventualmente mencionados foram dieta, uso de adjuvantes, uso de acessórios, vestuário, vida social e familiar, atividade laboral e autoirrigação; e os assuntos menos abordados foram direitos e deveres, religiosidade e espiritualidade, complicações, busca de atendimento especializado e sexualidade.

É notório que assuntos como o conceito da própria estomia não foi abordado em nenhum artigo. Assim, compreende-se que a pessoa estomizada não recebe assistência de forma holística, mas, sim, fragmentada; deixando dúvidas a esclarecer. O conteúdo das orientações é variável entre os artigos não havendo nenhuma padronização ou consensos e diretrizes para o assunto a ser abordado.

O enfermeiro, ao oferecer orientações aos pacientes com estomia e aos seus familiares por meio de práticas educativas, pode dialogar sobre assuntos como sexualidade, aceitação da doença, superação da discriminação, prevenção de complicações relacionadas ao estoma e inserção no convívio social^{26,27}.

Em contrapartida, Santos defende a ideia que o conteúdo do ensino é baseado naquilo que o paciente identifica como necessidade, a partir de observações feitas por ele mesmo, por sua família e também pelos profissionais de saúde. A enfermagem tem papel fundamental na recuperação e alcance de reabilitação do estomizado intestinal, pela característica do seu trabalho de assistência ao paciente que possibilita maior tempo de contato e estabelecimento de maior vínculo no ensino do paciente e de sua família, com abordagem de aspectos físicos e psicossociais, como dieta, controle do

odor, manuseio e troca de equipamentos, autoestima, imagem corporal, utilização de roupas e sexualidade²⁸.

Estratégias utilizadas

Dentre as estratégias utilizadas, observamos a predominância da verbal sobre a demonstração de grupo, círculo dialógico, prática dialógica, pedagogia problematizadora e treinamento. Não houve em nenhum artigo o uso de materiais impressos.

A técnica de utilização de materiais complementares com o objetivo de reforçar as informações verbais

tem sido descrita por educadores como a melhor forma de ensinar indivíduos adultos, visto que as pessoas retêm apenas 20% do que ouvem, 30% do que veem, 50% do que ouvem e veem, 70% do que ouvem, veem e dizem e 90% do que ouvem, veem, dizem e fazem²⁹.

Um estudo³⁰ explorou a produção bibliográfica acerca do ensino ao paciente no cuidado com o estoma, objetivando compreender o verdadeiro significado/valor do ensino aos pacientes na execução de suas práticas e habilidades no cuidado do estoma, e demonstrou que o aprendizado envolve habilidades (psicomotoras), conhecimento (cognitivo) e atitude (afetivo). Ressaltou a importância do enfermeiro no ensino das práticas de cuidado aos pacientes com estomas, pois as intervenções de enfermagem facilitam a adaptação e a realização de habilidades práticas do paciente, mas não há citação de uma estratégia de ensino específica para o ensino dos pacientes estomizados.

Outro estudo²¹ demonstrou a necessidade da avaliação do paciente com estomia pelo enfermeiro e descreveu como deve ser um ambiente adequado na hora da avaliação, como devem ser realizadas as orientações, a importância de reconhecer as necessidades de cada paciente, e contribuiu com um modelo descritivo das orientações de como o paciente deve retirar e colocar uma bolsa de estomia.

O conhecimento prévio por parte do enfermeiro sobre educação em saúde e sobre o processo de ensino aprendizagem é importante para identificar as dificuldades no aprendizado dos pacientes estomizados e selecionar métodos, técnicas e estratégias apropriados, de modo a facilitar o desenvolvimento do autocuidado, pois são os enfermeiros os responsáveis pela capacitação de sua equipe para cuidar desses pacientes. É ressaltado que a educação do paciente estomizado e seu familiar/cuidador deve ser gradual, para

que possam assimilar os dados e assimilar formações recebidas, atender às expectativas, esclarecer dúvidas e diminuir a ansiedade do indivíduo frente ao ato cirúrgico³¹.

Ensinar pacientes com uma estomia é um processo complexo, que exige avaliação prévia, planejamento e treinamento dos cuidadores, portanto, a aprendizagem depende de três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor³². Os desafios para uma instrução eficaz são: necessidade do tempo limitado para o ensino, e diminuição de custos e necessidade de ensinar populações cada vez mais diversas em fase de envelhecimento. Não obstante, a aplicação de princípios bem conhecidos de ensino e aprendizagem pode tornar o processo eficiente, eficaz e satisfatório ao paciente e ao enfermeiro³³.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, constatamos que a abordagem temática “cuidado ao estomizado” na qual está inserida as orientações de enfermagem é muito discutida. Porém, poucos estudos analisam os resultados das mesmas, isto é, se de fato atendem as necessidades da pessoa estomizada ou se abordam o conteúdo necessário para o cuidado adequado com o estoma.

Concluimos que o início tardio destas orientações de enfermagem dificultam a adaptação a essa nova realidade prolongando o período de reabilitação e causando impacto aos pacientes e seus familiares nos cuidados a serem realizados após a alta hospitalar e que o uso de estratégias complementares a verbal favorecem a aquisição de aprendizagem, visto que as pessoas retêm mais conteúdo quando ouvem, veem, dizem e fazem. O conteúdo deve ser abordado de forma holística que contemple informações que vão além da higienização e da troca da bolsa, pois para fortalecer a prática educativa de enfermagem é necessário assistência individual, integral e sistematizada ao estomizado

Estes dados evidenciaram uma imensa lacuna no processo de reabilitação da pessoa com estoma e que podem ser solucionados com resgate das orientações fornecidas à clientela em termos de apreensão das informações; reconhecimento do impacto da presença da estomia na pessoa idosa; promoção de dinâmicas interativas entre os pacientes que favoreçam a troca de vivências e experiências; elaboração de tecnologias educativas de assistência perioperatória como cartilhas e manuais e sistematização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Santos VLCG. A bolsa na mediação “estar ostomizado” e “estar profissional”: análise de uma estratégia pedagógica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
- Bacelar S, Galvão CC, Tubino P. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. *Acta Cir Bras*. 2004;19(5):582-3.
- Gemelli LMG, Zago MMF. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. *Rev Lat Am Enferm*. 2002;10(1):34-40.
- Martins Jr A, Rocha JJR. Tipos de estoma. In: Crema E, Silva R. *Estomas: uma abordagem interdisciplinar*. Uberaba: Pinti; 1997. p. 43-4.
- Santos VLCG. Estomaterapia através dos tempos. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia cuidado do ostomizado*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1-17.
- Santos VLCG. Aspectos epidemiológicos dos estomas. *Rev Estima*. 2007;5(1):31-8.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011 Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acessado em: dezembro de 2014.
- Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO). Giro pelo mundo: ações pelo mundo. *Rev Abraso*. 2005;(5):19-21.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html. Acessado em: dezembro de 2014
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 146, de 14 de outubro de 1993. Estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html Acessado em: dezembro de 2014
- Ostomizados & Cia. Direitos dos ostomizados. Disponível em: <http://www.ostomizadosecia.com/2010/05/direitos-dos-ostomizados.html>. Acessado em: dezembro de 2014.
- Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, et al. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Rev Bras Coloproct*. 2005;25(2):146-9.
- Menezes APS, Quintana JF. A percepção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2008;21(1):13-8.
- Poggetto MT, Casagrande LDR. “Fui fazendo e aprendendo...”: temática de aprendizagem de clientes colostomizados e a ação educativa do enfermeiro. *Rev Min Enferm*. 2003;7(1):28-34.
- Leopardi, MT. *Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: NFR/UFSC; 1999.
- George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Oliveira GS, Bavaresco M, Filipini CB, Rosado SR, Dázio EMR, Fava SMCL. Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal. *Rev Rene*. 2014;15(1):108-15.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
- Coey L. Readability of printed educational materials used to inform potential and actual ostomates. *J Clin Nurs*. 1996;5(6):359-66.
- Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP, Menezes LST, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da teoria de orem. *Rev Rene*. 2013;14(2):301-10.
- Martins PAF, Alvim NAT. PP Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. *Rev Bras Enf*. 2011;64(2):322-7.
- Moraes JT, Sousa LA, Carmo WJ. Análise do autocuidado das pessoas ostomizadas em um município do centro-oeste de Minas Gerais. *Rev Enferm Cent-Oeste. Min*. 2012;2(3):337-46.
- Martins PAF, Alvim NAT. Saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária e sua pertinência no cuidado. *Perspectiva Online: biol & saúde*. 2012;6(2):54-69.
- Barnabe NC, Dell'Acqua MCQ. Estratégias de enfrentamento (coping) de pessoas ostomizadas. *Revista Lat Am Enferm*. 2008;16(4):712-9.
- Santos VLCG, Sawaia BB. A bolsa na medição “estar ostomizado”-“estar profissional” análise de uma estratégia pedagógica. *Rev Lat Am Enf*. 2000;8(3):40-50.
- Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: Uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):357-64.
- Santana JCBS, Dutra BS, Tameirão MA, Silva PF, Moura IC, Campos ACV. O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):631-8.
- Santos Jr JCM. O paciente cirúrgico idoso. *Rev Bras Coloproctol*. 2003;23(4):305-16.
- Ducci AJ, Pimenta CAM. Programas educativos e a dor oncológica: estudo de revisão. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(3):185-92.
- Metcalfe C. Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. *Br J Nurs*. 1999;8(9):593-600.
- Santos GS, Leal SMC, Vargas MA. Conhecendo as vivências de mulheres ostomizadas: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. *Online Braz J Nurs*. 2006;5(1).
- O'Shea HS. Teaching the adult ostomy patient. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2001;28(1):47-54.
- Cesaretti IUR, Vianna LAC. Sistema oclisor ou oclisor intermitente da colostomia: alternativa para a reabilitação da pessoa colostomizada. *Acta Paul Enferm*. 2003;16(3):98-108.
- Barros EJJ, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL, Pelzer MT, Gautério DP. Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas no cuidado de enfermagem complexo ao idoso ostomizado. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):91-6.
- Mauricio VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):416-22.
- Cunha RR, Backes VMS, Heidemann ITSB. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):296-301.
- Martins PAF, Alvim NAT. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):286-94.

Lesões Epidérmicas pela Síndrome de Stevens Johnson: Cicatrização com Uso de Membrana de Celulose e Ácidos Graxos

Epidermal Injuries by Stevens-Johnson Syndrome: Healing Following the use of Cellulose Membrane and Fatty Acids

Lesiones Epidérmicas por el Síndrome de Stevens Johnson: Cicatrización con el uso de Membrana de Celulosa y Ácidos Grasos

Ana Cristina Geiss Casarolli¹, Halana Batistel Barbosa²,
Lara Adrienne Garcia Paiano³, Luciana Magnani Fernandes³, Thaís Dresch Eberhardt¹

RESUMO

A Síndrome de Stevens Johnson pode ser definida como uma afecção inflamatória aguda, febril e autolimitada, que afeta a pele e a membrana mucosa. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência do tratamento tópico das lesões decorrentes da Síndrome de Stevens Johnson, utilizando-se membrana de celulose porosa e ácidos graxos essenciais. Trata-se de um relato de caso sobre o cuidado instituído a um paciente com lesões, cujos dados evolutivos foram obtidos por meio da avaliação dos registros do prontuário e da avaliação fotográfica. Paciente com 33 anos, sexo feminino, apresentava flictenas e placas eritematosas em toda extensão corpórea. Utilizaram-se, para cobertura das lesões, a membrana de celulose porosa e os ácidos graxos essenciais. O tratamento tópico utilizado promoveu alívio da dor, visualização adequada da lesão, drenagem espontânea e controle da infecção, manutenção da umidade local, diminuição ou ausência das trocas de curativo e hidratação da pele. No 15º dia de tratamento, obteve-se epitelização parcial das lesões, e a paciente foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial. A terapia tópica utilizada foi adequada neste caso, resultando em evolução satisfatória das lesões.

DESCRITORES: Estomaterapia. Enfermagem. Cicatrização de feridas. Síndrome de Stevens-Johnson.

ABSTRACT

Stevens-Johnson Syndrome can be defined as an acute inflammatory, febrile, and self-limited disease that affects the skin and mucous membrane. The aim of this study was to report the experience of topical treatment of injuries from Stevens-Johnson Syndrome, using porous cellulose membrane and essential fatty acids. This is a case report about the care provided to a patient with injuries from Stevens-Johnson Syndrome. The outcome data were obtained by evaluating records and photographic assessment of the patient. Patient aged 33 years, female, with blisters and erythematous plaques throughout body extension. The porous cellulose membrane and the essential fatty acids were used for wound coverage. The topical treatment promoted pain relief, adequate lesion visualization, spontaneous drainage and infection control, maintenance of local humidity, decrease or absence of dressing changes and skin hydration. On the 15th day of treatment, there was partial epithelialization of lesions and the patient was referred to an outpatient clinic. The topical therapy used was appropriate in this case, resulting in a satisfactory evolution of the injuries.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Nursing. Wound healing. Stevens-Johnson Syndrome.

¹Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Cipreste, 385 – Parque Verde – CEP: 85807-700 – Cascavel (PR), Brasil – E-mail: anacasarolli@hotmail.com

²Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Cascavel (PR), Brasil.

³Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

⁴UNIOESTE – Cascavel (PR), Brasil.

⁵UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

Artigo recebido em: 13/11/2014 – Aceito para publicação em: 28/06/2015

RESUMEN

El síndrome de Stevens Johnson puede ser definido como una enfermedad inflamatoria aguda, febril, auto-limitante, que afecta a la piel y a la membrana mucosa. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia del tratamiento tópico de las lesiones provocadas por el Síndrome de Stevens Johnson, con el uso de membrana de celulosa porosa y ácidos esenciales. Se trata de un caso acerca del cuidado establecido al paciente con lesiones, cuyos datos de evolución se obtuvieron mediante el análisis de los registros de las historias clínicas y la evaluación fotográfica. Paciente con 33 años, de sexo femenino, tenía burbujas y placas eritematosas en toda la extensión del cuerpo. Para cubrir las lesiones, fueron utilizadas la membrana de celulosa porosa y los ácidos grasos esenciales. El tratamiento tópico utilizado promovió el alivio del dolor, la visualización adecuada de la lesión, el drenaje espontáneo y el control de la infección, el mantenimiento de la humedad local, la disminución o ausencia de cambios de apósito y la hidratación de la piel. En el día 15 de tratamiento, se obtuvo epitelización parcial de las lesiones, y la paciente fue referida a un ambulatorio. La terapia tópica utilizada fue apropiada en este caso, lo que resultó en la evolución satisfactoria de las lesiones.

DESCRITORES: Estomaterapia. Enfermería. Cicatrización de heridas. Síndrome de Stevens-Johnson.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) consiste em uma patologia mucocutânea que corresponde a uma reação de hipersensibilidade tardia, pouco frequente, porém, potencialmente fatal, afetando principalmente adultos jovens. A maioria dos casos está relacionada com o uso de fármacos, embora determinadas infecções também possam desencadear o problema^{1,2}.

Em face da gravidade da SSJ e a lacuna na literatura de Enfermagem sobre este assunto, tornou-se relevante a realização deste relato. Diante do exposto, o objetivo foi relatar a experiência do tratamento tópico de lesões decorrentes da síndrome de Stevens Johnson, com o uso da membrana de celulose porosa e dos ácidos graxos essenciais.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso de uma paciente com SSJ, internada na unidade de neurologia e ortopedia de um hospital universitário do Paraná. Os dados foram coletados por meio de avaliação direta das lesões, dos registros escritos no prontuário da paciente e por registros fotográficos, com consentimento documentado da mesma. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer 487.554.

RESULTADOS

Paciente com 33 anos, sexo feminino, admitida na instituição em junho de 2013, referindo quadro de mal-estar

geral, coriza, congestão nasal e febre, fazendo uso de dipirona sódica. Relatava ter transtorno bipolar e fazer uso de antipsicóticos, tranquilizantes, neurolépticos e antiepiléticos. A participante foi diagnosticada com SSJ em 15 de junho de 2013, em função do uso concomitante de lamotrigina e dipirona sódica, sendo tratada com hidrocortisona.

Em 17 de junho de 2013, solicitou-se avaliação da Comissão de Curativos da instituição. Ao exame físico, apresentava flictenas e placas eritematosas em face (Figura 1), pavilhão auricular, tórax anterior e posterior, região genital e membros superiores e inferiores. Cavidade oral apresentando lesões aftoides e vesiculares. Iniciou-se terapia tópica diária, realizando-se limpeza das lesões com solução fisiológica 0,9% aquecida, aspiração do exsudato de flictenas íntegras, desbridamento mecânico de tecido frouxo com jatos de solução fisiológica e com instrumental cortante. Em seguida, aplicou-se curativo da membrana de celulose porosa nas regiões com perda de tecido superficial e ácidos graxos essenciais em toda a extensão corpórea, sem uso de cobertura secundária. As roupas de cama utilizadas haviam passado por processo de esterilização. O curativo foi renovado diariamente.

Após quatro dias, notou-se melhora importante no aspecto das lesões e melhora progressiva da dor, sem aparecimento de novas flictenas (Figura 2). A pele perilesional apresentava sinal de Nikolsky positivo, traduzido pelo descolamento da epiderme quando se exerce uma pressão digital tangencial. Após 15 dias, a lesão apresentava epitelização parcial sem presença de novas flictenas, com a realização apenas de hidratação com ácidos graxos essenciais. Essa terapia acarretou melhora do aspecto das lesões e da dor (Figura 3).



Figura 1. Primeira avaliação.

DISCUSSÃO

A avaliação de Enfermagem ao paciente com lesões deve ser realizada de forma sistemática, individualizada e integral, de modo a identificar e tratar não só as manifestações cutâneas, como também as necessidades psicológicas, sociais, biológicas e culturais.

Não existe um consenso, na literatura, sobre o tratamento tópico destes pacientes. No entanto, a manipulação deve ser cuidadosa e asséptica, além de criar campo estéril³. Porém, o tratamento tópico utilizado baseou-se nos princípios fundamentais do tratamento de feridas e na utilização de coberturas adequadas ao processo de cicatrização e controle de infecção.

A membrana de celulose é um biomaterial que possui propriedades vantajosas no tratamento de lesões, tais como facilidade na aplicação, excelente adesão aos tecidos, diminuição da dor, visualização adequada do leito da ferida, drenagem espontânea, resistência, afinidade à água, diminuição ou ausência das trocas de



Figura 2. Quarto dia após início da terapia.



Figura 3. 15º dia após início da terapia.

curativos e aumento no intervalo do acompanhamento do profissional^{4,5}.

Os ácidos graxos essenciais formam uma barreira protetora da pele, impedindo a maceração, além de serem importantes no processo de inflamação celular, proporcionando alívio após a primeira aplicação e nutrição celular local, além de grande capacidade de regeneração dos tecidos⁶. Além disso, o uso de ácidos graxos essenciais mostrou-se como o tratamento tópico mais utilizado nos pacientes com SSJ, em estudo transversal realizado em hospital no Distrito Federal⁷.

CONCLUSÕES

O presente estudo ampliou o conhecimento e a experiência sobre o tratamento de lesões cutâneas provocadas por SSJ. A literatura sobre o assunto apresenta-se escassa, requerendo a aplicação de conhecimentos adquiridos com outros tipos de lesões, considerando a avaliação individual da paciente. Foram respeitados os princípios fundamentais do tratamento de feridas, que levaram ao favorecimento da cicatrização e à redução da dor, utilizando a terapia tópica relatada.

REFERÊNCIAS

- Oliveira A, Sanches HE, Selores M. O espectro clínico Síndrome de Stevens Johnson e necrólise epidérmica tóxica. *Acta Med Port.* 2001;24(4):995-1002.
- Ensina LF, Fernandes FR, Di Gesu G, Malaman MF, Chavarria ML, Bernd LA. Reações de Hipersensibilidade a Medicamentos – Parte III. *Rev Bras Alergia Imunopatol.* 2009;32(5):178-83.
- Bulisani AC, Sanches GD, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, Lopes AC. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006;18(3):292-7.
- Yaguishita N. Cicatrização induzida pela membrana de celulose porosa (Membrace®) em dorso de ratos. [dissertação]. Curitiba, PR: Faculdade Evangélica do Paraná; 2006.
- Vieira JC, Badin AZ, Calomeno LH, Teixeira V, Ottoboni E, Bailak M, et al. Membrana porosa de celulose no tratamento de queimaduras. *Arq Catarinenses Med.* 2007;36(Suppl 1):94-7.
- Ferreira AM, Souza BM, Rigotti MA, Loureiro MR. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Rev Esc Enferm.* 2012;46(3):752-60.
- Emerick MF, Rodrigues MM, Pedrosa DM, Novaes MR, Gottens L. Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em um hospital do Distrito Federal. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):898-904.

Propriedades Psicométricas do “Freiburg Life Quality Assessment Wound” em Queimados*

Psychometric Properties of the “Freiburg Life Quality Assessment Wound” in Burned
Propiedades Psicométricas de “Freiburg life Quality Assessment Wound” en la Quemaduras

Uiara Aline de Oliveira Kaizer¹, Neusa Maria Costa Alexandre²

*Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, em 16 de julho de 2014.

RESUMO

Introdução: Para a mensuração da qualidade de vida utilizam-se instrumentos de medida genéricos ou específicos. O *Freiburg Life Quality Assessment – Wound* (FLQA-wk) é um questionário específico que analisa a qualidade de vida de pessoas com feridas, sendo composto por vinte e quatro itens e seis domínios: sintomas físicos, vida diária, vida social, bem-estar psicológico, tratamento e satisfação. Para a utilização de instrumentos de medida de forma válida e confiável, deve-se analisá-los em relação às suas propriedades psicométricas. Estudos sobre a verificação psicométrica de instrumentos de avaliação de feridas no Brasil são escassos. Objetivo: Avaliar as propriedades psicométricas do FLQA-wk em pacientes queimados. Métodos: Os dados foram obtidos por meio de entrevista com 100 sujeitos queimados de um Hospital de Referência do interior de São Paulo. A confiabilidade foi verificada por meio da consistência interna utilizando-se o alfa de Cronbach. A validade de constructo foi analisada pela validade convergente, correlacionando os resultados do instrumento com o *Burns Specific Health Scale-Revised* (BSHS-R), com o Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-abreviado) e com a pontuação da escala visual analógica do Estado de Saúde e Qualidade de vida do FLQA-wk. A responsividade foi avaliada pela aplicação do FLQA-wk nos mesmos pacientes após uma semana de tratamento para verificar se houve melhora do quadro. Realizou-se análise descritiva para traçar o perfil dos participantes. Verificou-se a validade de constructo por meio do Coeficiente de correlação de Spearman e para análise da responsividade, os resultados do escore total e os escores das três escalas do FLQA-wk foram comparados após uma semana, por meio do teste da Soma de Postos Sinalizados de Wilcoxon. Resultados: Demonstraram um alfa de Cronbach de 0,85 indicando alta precisão da medida. As correlações entre o FLQA-wk e os domínios do BSHS-R e do WHOQOL e das suas duas escalas visuais analógicas foram significativas ($p < 0,05$) e variaram de satisfatória a forte magnitude, sendo a maior parte delas negativas e de forte magnitude (-0,51 a -0,76). Em relação à responsividade, os dados sugerem uma melhora da percepção da QV após uma semana de intervenção. Conclusões: O processo de avaliação das propriedades psicométricas do FLQA-wk em queimados evidenciou resultados satisfatórios que indicam qualidades psicométricas adequadas do questionário, permitindo assim que este possa ser utilizado em estudos de qualidade de vida com pacientes queimados como uma medida de avaliação de intervenções e tratamentos propostos, despertando o pensamento crítico sobre a qualidade da prática dos profissionais de saúde.

DESCRITORES: Queimaduras. Qualidade de vida. Validade dos testes. Reprodutibilidade dos testes.

¹Ambulatório de Tratamento de Feridas da Prefeitura de Sorocaba – Sorocaba (SP), Brasil. Endereço para correspondência: Av. Engº Carlos Reinaldo Mendes, 3041 – Alto da Boa Vista – CEP: 18013-900 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: uiara_oliveira@hotmail.com

²Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

Artigo recebido em: 28/09/2015. Aceito para publicação em: 01/02/2016.

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 cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhece pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/2012 ou órgão equivalente, no país de origem da pesquisa, ainda que se trate de estudo/relato ou série de casos. Nas pesquisas desenvolvidas no Brasil, o número do processo/projeto deverá constar na Seção de Material e Método 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 apoia 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. Todas as comunicações e notificações serão feitas ao autor, **exclusivamente pelo sistema**, por e-mail.
- O manuscrito e a declaração de responsabilidade, cessão de direitos autorais e esclarecimento das relações que podem estabelecer conflitos de interesse deverão ser enviados para a Revista Estima exclusivamente no site www.revistaestima.com.br, com link pelo site www.sobest.org.br
- Quando há mais de um autor, todos deverão ser identificados para a troca de correspondência, fornecendo o nome da instituição e o endereço completo (incluindo endereço eletrônico).
- Para a publicação do estudo ao menos um dos autores deverá ser assinante da Revista Estima

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.

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. Espaçamento simples. Deve haver de 3 a 6 descritores, 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, respectivamente, nos sites <http://decs.bvs.br/> e <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. **Os editores solicitam a utilização da palavra-chave “Estomaterapia” em todos os artigos submetidos, com o objetivo de criar força de evidência para que o mesmo possa ser registrado futuramente como descritor.**

O texto do manuscrito deve ser estruturado na seguinte sequência: introdução (que deve conter justificativa), hipóteses (quando cabível), objetivos, material e método, 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).
- Referências bibliográficas:** deve ser utilizado o sistema Vancouver para as mesmas, e os editores solicitam que, ao menos uma delas, seja de artigo publicado na Revista Estima.
 - 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.
 - 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.
 - Revisão de literatura (Sistemática ou Integrativa):** estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Estomaterapia, que utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e respeitando a estrutura estabelecida anteriormente para o texto. Limitado a 10 páginas.
 - 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.
 - Relato de caso:** Estudo/relato de caso deve estar limitado a **casos excepcionais**, que não constituam amostra significativa e que sejam de grande interesse científico, com discussões fundamentadas em pesquisas científicas. Sua extensão limita-se a 4 páginas.
 - Resumo de dissertação ou tese:** os resumos devem conter introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Limita-se a 500 palavras.

Normas revisadas em novembro de 2015.

12 a 15.NOVEMBRO.2017

XII
Congresso
Brasileiro de

ESTOMATERAPIA

CBE17: COMPROMISSO, CIÊNCIA E CUIDADO

Hotel Ouro Minas



Belo Horizonte, MG

 sobest.org.br

Em 2017,
nos vemos em
Minas Gerais!

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

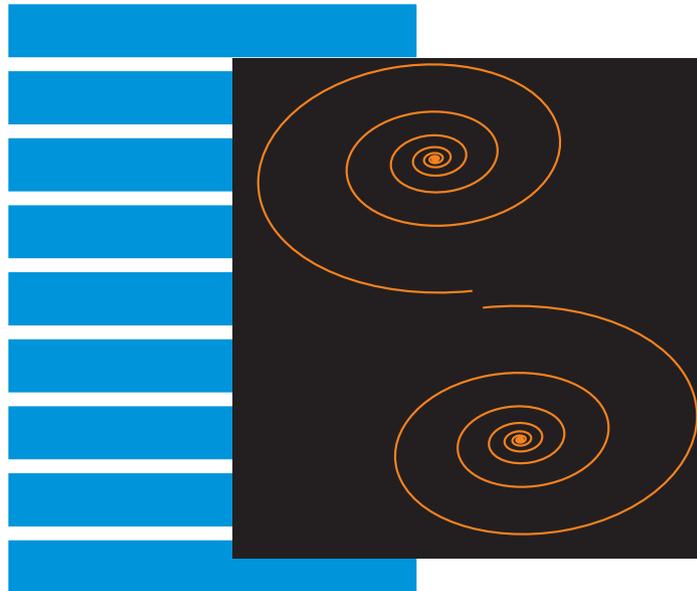


REALIZAÇÃO

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

ORGANIZAÇÃO

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



SOBEST

associação brasileira de estomaterapia

• ESTOMIAS • FERIDAS • INCONTINÊNCIAS

PRODUÇÃO EDITORIAL



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



**As opções
que você quer.**

A solução que
você precisa.

Linha de Adjuvantes Adapt para estomia.

Os estomizados confiam em você para trazer soluções que ajudem seu dia a dia.

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

Assim, você pode escolher o produto correto ou a combinação de produtos que melhor atendam às necessidades dos pacientes.

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

0800 778 1000

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

Estomia Hollister. **Os Detalhes Importam.**



Hollister

www.hollister.com/brazil

