

ESTIMA

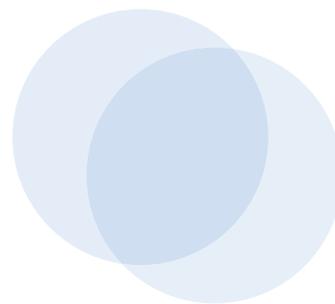


Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia:
estomias, feridas e incontinências

Brazilian Journal of Enterostomal Therapy

ESTIMA

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



EDITORES

Editora Chefe: Maria Ângela Bocara de Paula

Editores Científicos: Gisele Regina Azevedo e Juliano Teixeira Moraes

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Pelegrini dos Santos Pereira

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – FAMERP (SP)

Afonso Henrique da Silva e Souza Jr.

Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)

Christine Norton

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – King's College (Reino Unido)

Diana Lima Vilela

Enfermeira, PhD – Hospital do Câncer (SP)

Diba Maria Sebba Tosta de Souza

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – UNIVÁS (MG)

Eline Lima Borges

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UFMG (MG)

Federico Palomar Llatas

Enfermeiro Especialista em Dermatologia, PhD – Universidad Católica de Valencia (Espanha)

Gisele Martins

Enfermeira, PhD – UnB (DF)

Gisele Regina Azevedo

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – FCMS-PUC (SP)

Isabel Cristina Ramos Vieira Santos

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UPE (PE)

Ivone Kamada

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – UnB (DF)

José Márcio Neves Jorge

Médico, PhD – Hospital das Clínicas – FMUSP (SP)

José Contreras Ruiz

Médico, PhD – Hospital General DR. Manuel Gea Gonzalez (México)

Juliano Teixeira Moraes

Enfermeiro Estomaterapeuta TiSobest, PhD – UFSJ (MG)

Kazuko Uchikawa Graziano

Enfermeira, PhD – EEUSP (SP)

Kevin Woo

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

Leila Blanes

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – Hospital São Paulo (SP)

Letícia Faria Serpa

Enfermeira, PhD – Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)

Lydia Massako Ferreira

Médica, PhD – UNIFESP (SP)

Manlio Basilio Speranzini

Médico Cirurgião, PhD – FMUSP (SP)

Maria Angela Boccara de Paula

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UNITAU (SP)

Maria Euridéia de Castro

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UECE (CE)

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UNICAMP (SP)

Maria Helena Barros de Araújo Luz

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – UFPI (PI)

Maria Helena Caliri

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – EEUSP (SP)

Mônica Antar Gamba

Enfermeira Especialista em Dermatologia, PhD – UNIFESP (SP)

Noemi Marisa Brunet Rogenski

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – Hospital Universitário – USP (SP)

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST – UERJ (RJ)

Pedro Roberto de Paula

Médico, PhD – UNITAU (SP)

Regina Ribeiro Cunha

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UFPA (PA)

Sandra Nidia Guerrero Gamboa

Enfermeira Estomaterapeuta, PhD – Universidad Nacional de Colombia (Colômbia)

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UNICAMP (SP)

Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – EEUSP (SP)

Vilma Madalosso Petuco

Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST, PhD – UPF (RS)

EXPEDIENTE

GESTÃO DA SOBEST 2015 – 2017

DIRETORIA

Presidente: Maria Angela Boccara de Paula (SP)

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

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

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

Primeiro Secretário: Ednalda Maria Franck (SP)

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

Conselho Científico

Fernanda Mateus Queiroz Schmidt (MG)

Camila Cantarino Nascentes (RJ)

Silvia Angélica Jorge (SP)

Ciliana Antero Guimarães da Silva Oliveira (SP)

Elisabete Capalbo Ferolla (SP)

Departamento de Educação

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas (SP)
educacao@sobest.com.br

Departamento de Desenvolvimento Profissional

Rita de Cássia Domansky (PR)

desenvolvimento.profissional@sobest.com.br

Departamento de Comunicação e Marketing

Suely Rodrigues Thuler (SP)

comunicacao@sobest.com.br

Departamento de Relações Internacionais

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos (SP)

international.relations@sobest.com.br

Departamento de Relações Seccionais

Juliano Teixeira Moraes (MG)

seccionais@sobest.com.br

Conselho Fiscal

Vanessa Soares de Araújo (SP)

Rosa Takako Eguchi (SP)

Danivea Bongiovanni Poltronieri Munhoz (SP)

Delegado Internacional

See Hee Park Kim (SP)

Seção Bahia

Presidente Seccional: Roberta Mendonça Viana

Seção Ceará

Presidente Seccional: Luciana Catunda Gomes de Menezes

Seção Distrito Federal

Presidente Seccional: Janete Carvalho Freitas

Seção Minas Gerais

Presidente Seccional: Mauro Souza Ribeiro

Seção Paraná

Presidente Seccional: Gisela Maria Assis

Seção Rio de Janeiro

Presidente Seccional: Tânia das Graças de Souza Lima

Seção Rio Grande do Sul

Presidente Seccional: Daniela de Oliveira Cardozo

Seção Santa Catarina

Presidente Seccional: Karina Cardoso Gulbis Zimmermann

Seção São Paulo

Presidente Seccional: Daisy Cristina Zemke Barreiros Archila

Seção Pernambuco

Presidente Seccional: Marília Perrelli Valença

Seção Pará

Presidente Seccional: Regina Ribeiro Cunha

Revista Estima

ISSN: 1806-3144

Indexação:



CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CUIDEN – Base de dados bibliografia de La Fundacion Index

REHIC – Catalogo eletrônico de periódicos

LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para

Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España

y Portugal

ULRICH – Global Serials Directory

CLASE – Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y

Humanidades

Primeira edição: 15/06/2003

Editores Fundadores: Beatriz Farias Alves Yamada,

Noemi Marisa Brunet Rogenski e Leila Blanes

Revista Oficial da Associação Brasileira

de Estomatologia: estomias, feridas e

incontinências – SOBEST

Tiragem: 700 exemplares

Produção Editorial: Associação Brasileira de Estomatologia /

Zeppelini Publishers / Instituto Filantropia

Capa: Zeppelini Publishers

Distribuição: gratuita para membros ativos da Sobest -

Associação Brasileira de Estomatologia

Rua Antonio de Godoi, 35, cj. 102 – Centro – São Paulo (SP) –

CEP: 010334-001

Fone: (11) 3081- 0659

www.sobest.org.br

sobest@sobest.org.br

Edições
anteriores:



Vol 14 Edição 4
(out/nov/dez 2016)



Vol 15 Edição 1
(jan/fev/mar 2017)

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

SUMÁRIO

ESTIMA • Vol 15 • Num 2 • 2017

62 EDITORIAL

Maria Angela Boccara de Paula

ARTIGO ORIGINAL

63 Conhecimento dos Profissionais de Saúde da Família Sobre Úlcera por Pressão

Knowledge of Family Health Professionals About Pressure Ulcer

El Conocimiento de los Profesionales de Salud de la Familia Acerca de las Úlceras por Presión

Antonio Dean Barbosa Marques, July Grassiely de Oliveira Branco, Rochelle da Costa Cavalcante, Maria da Conceição Coelho Brito, Samira Rêgo Martins de Deus, Maria Helena Barros Araújo Luz

74 Monofilamento: Conhecimento sobre sua Utilização

Monofilament: Knowledge about their Use

Monofilamento: Conocimientos sobre su Uso

Cristiane Costa Reis Silva, Najhara Shanna Santiago Souza, Tâmilis Fernanda Moreira Souza

82 Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica

Characterization and Risk Factors of Urinary Incontinence in Women Cared in a Gynecological Clinic

Caracterización y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres Atendidas en una Clínica Ginecológica

Luana Feitosa Mourão, Maria Helena Barros Araújo Luz, Antonio Dean Barbosa Marques, Cláudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, Antônio Francisco Machado Pereira

92 A Pessoa com Estomia e o Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes pelo Sistema Único de Saúde

The Person with Stoma and the Supply of Collecting and Adjuvant Equipment by the Brazilian Unified Health System

El Persona con Estomia y el Suministro de Equipamientos Colectores y Adyuvantes por el Sistema Único de Salud Brasileño

Ana Paula Hey, Laís Adriana do Nascimento

100 Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde Sobre os Cuidados com o Pé Diabético

Knowledge of Nurses in Primary Health Care on the Care for the Diabetic Foot

Conocimiento del Enfermero de la Atención Primaria de Salud Acerca de la Atención al Pie Diabético

Luciana Catunda Gomes de Menezes, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Nádyá dos Santos Moura, Denizielle de Jesus Moreira Moura, Luara Abreu Vieira, Ariane Alves Barros

ARTIGO DE REVISÃO

107 Cuidados Clínicos e Gerenciais de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão

Clinical and Management Care of Nursing in the Prevention of Pressure Ulcer

Atención Clínica y Gerencial de Enfermería en la Prevención de Úlcera por Presión

Luciana Catunda Gomes de Menezes, Marcela Marques Jucá Fernandes, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Roberta Meneses Oliveira, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Denizielle de Jesus Moreira Moura

RELATO DE CASO

115 Úlceras Por Pressão em Neonatos Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Série de Casos

Pressure Ulcers in Newborns Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: a Case Series

Úlceras por Presión en Recién Nacidos Internados en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: Serie de Casos

Talita Faraj Faria, Ivone Kamada

120 Gel de Chamomilla Recutita Para Reação de Pele em Paciente Submetido à Quimiorradioterapia: Relato de Caso

Chamomilla Recutita Gel for Skin Reactions of Patient Submitted to Chemoradiation Therapy: Case Report

Chamomilla Recutita Gel Para Reacciones Cutáneas en Pacientes Sometidos a Quimiorradioterapia: Reporte de un Caso

Elaine Barros Ferreira, Priscila de Souza Maggi Bontempo, Marcos Antônio dos Santos, Luís Felipe Oliveira e Silva, Samuel Ramalho Avelino, Paula Elaine Diniz dos Reis

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

124 Preparo do Leito da Ferida antes do Tratamento Cirúrgico da Úlcera por Pressão em Indivíduos com Lesão Medular

Wound Bed Preparation Before Surgical Treatment of Pressure Ulcers in Patients With Spinal Cord Injury

La Preparación Del Lecho de la Herida Antes Al Tratamiento Quirúrgico de las Úlceras Por Presión en Personas Con

Lesión de la Médula Espinal

Lisabel Tabari, Ivone Kamada



Revista Estima – Novidades!

A Revista Estima tem novidades e queremos compartilhar com todos vocês autores e leitores da Revista Estima.

A partir de 2018 a Revista Estima terá também a versão em inglês, condição extremamente importante para melhorar a indexação do nosso periódico. Para tanto, serão indicados seis tradutores com notável expertise na área de traduções científicas. O(s) autor(es) deverão escolher um dos tradutores para envio do seu manuscrito, somente após aprovação e aceite do artigo enviado.

As normas para publicação também sofrerão algumas alterações, portanto, fiquem atentos às novas recomendações, que se encontram no site e no corpo da revista.

Outra possível mudança será a publicação da Revista Estima online apenas, vez que as atuais mudanças nos cenários tecnológico e acadêmico, bem como as questões relativas à preservação e à sustentabilidade ambiental aliadas ao custo operacional têm desencadeado esta inovação, que não interfere na indexação da revista.

Números suplementares também serão lançados. Neste ano ainda teremos o suplemento com relatos de casos ou séries de casos nas três áreas de abrangência da especialidade (estomias, feridas e incontinência) e para o início de 2018, um suplemento especial com artigos sobre organização de serviços de estomaterapia. O objetivo é compartilhar experiências que sirvam de estímulo aos estomaterapeutas e de subsídio para colegas e profissionais da saúde, contribuindo para a melhoria da assistência prestada a todos que necessitem de cuidados. Envie seus estudos/séries de casos e seus estudos sobre organização de serviços o mais breve possível, pois nosso grupo de editores já está trabalhando nessas edições.

Estamos atentos e sempre buscando inovações para que a qualidade da Revista Estima se amplie. Enviem seus manuscritos! E lembrem-se: 2017 é o ano do Jubileu de Prata da SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia, 25 anos de muitas lutas, desafios e conquistas, portanto, vamos celebrar! Participem do Congresso Brasileiro de Estomaterapia, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Uma explicação necessária: os artigos que ainda apresentam o termo “úlceras por pressão” não foram atualizados, pois seu aceite e revisão ocorreram antes da publicação da nova nomenclatura, que recomenda o uso do termo “lesão por pressão”. Nos artigos enviados após a atualização já adotamos a nova recomendação.

Boa leitura!

Maria Angela Boccara de Paula
Editora

Conhecimento dos Profissionais de Saúde da Família Sobre Úlcera por Pressão

Knowledge of Family Health Professionals About Pressure Ulcer

El Conocimiento de los Profesionales de Salud de la Familia Acerca de las Úlceras por Presión

Antonio Dean Barbosa Marques¹, July Grassiely de Oliveira Branco², Rochelle da Costa Cavalcante³, Maria da Conceição Coelho Brito⁴, Samira Rêgo Martins de Deus⁵, Maria Helena Barros Araújo Luz⁶

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o conhecimento dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre avaliação, classificação e prevenção da úlcera por pressão. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, realizado em julho de 2014, no município de Crateús, no estado do Ceará, Brasil. Os dados foram coletados por meio de um questionário validado. Participaram 12 profissionais, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro técnicos em Enfermagem. Os médicos atingiram a média de 75,6%; os enfermeiros de 74,4% e os técnicos de Enfermagem de 62,5% dos acertos. Conclui-se que há falta de conhecimento com relação às diretrizes existentes sobre prevenção, classificação e tratamento da úlcera por pressão entre os profissionais que atuam na atenção básica. A educação permanente pode ser uma estratégia eficaz para aprimorar o conhecimento desses profissionais.

DESCRITORES: Úlcera por pressão. Saúde da família. Conhecimento. Estomaterapia.

ABSTRACT

This study aimed at assessing the knowledge of professionals that work in the Brazilian Family Health Strategy regarding the rating, classification and prevention of pressure ulcer. This was a descriptive and exploratory study, conducted in July 2014 in the city of Crateús, Ceará State, Brazil. Data were collected using a validated questionnaire. Twelve professionals took part in the survey, including four physicians, four nurses and four Nursing technicians. The physicians obtained an average of 75.6%, while nurses reached 74.4% and Nursing technicians got 62.5% of correct answers. We concluded that there is still a lack of knowledge as to the existing guidelines of prevention, classification, and treatment of pressure ulcer among professionals working in the primary care. Continued education might be an effective strategy to improve the knowledge of these professionals.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Family health. Knowledge. Stomatherapy.

¹Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professor no Ensino Médio Integrado (EMI) do Instituto CENTEC e Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste (FPO) – Crateús (CE), Brasil. Endereço para correspondência: Antonio Dean Barbosa Marques – Rua Rui Monte, 131 – apto. 101 – Antonio Bezerra – CEP: 60360-640 – Fortaleza (CE), Brasil. – E-mail: antonio-dean@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil.

³Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Professora EMI do Instituto CENTEC – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.

⁵Enfermeira. Doutoranda em Farmacologia pela UFC. Professora da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) – Teresina (PI), Brasil.

⁶Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEN/UFRJ). Especialista em Estomaterapia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora-Associada da UFPI – Teresina (PI), Brasil.

Artigo recebido em: 19/11/2015 – Aceito para publicação em: 23/12/2015

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar lo conocimiento de los profesionales que trabajan en la Estrategia de Salud Familiar sobre evaluación, clasificación y prevención de la úlcera por presión. Se trató de un estudio descriptivo y exploratorio realizado en julio de 2014 en la ciudad de Crateús, en Ceará, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario validado. El equipo se compuso por 12 profesionales, incluyendo cuatro médicos, cuatro enfermeros/as y cuatro técnicos/as de Enfermería. Los médicos atingieron una media del 75,6%, los enfermeros obtuvieron 74,4% y 62,5% de los técnicos de Enfermería de los aciertos. Se concluye que hay una falta de conocimientos sobre los protocolos existentes de prevención, clasificación y tratamiento de las úlceras por presión entre los profesionales que trabajan en atención primaria. La educación continua puede ser una estrategia eficaz para mejorar el conocimiento de esos profesionales.

DESCRIPTORES: Úlcera por presión. Salud de la familia. Conocimiento. Estomatoterapia.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de úlcera por pressão (UP) tem sido considerada um grave problema de saúde pública que atinge todas as camadas da população na atualidade. No passado, os idosos eram os mais acometidos; entretanto, em decorrência do aumento no número de acidentes automobilísticos, passou-se a observar esse fenômeno entre jovens e adultos em idade produtiva¹.

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) definem UP como as áreas localizadas de lesões necróticas situadas na pele ou em tecidos subjacentes, as quais tendem a se desenvolver geralmente sobre uma proeminência óssea, decorrente do resultado de pressão, forças de cisalhamento e fricção ou da combinação desses três fatores².

O desenvolvimento da UP é um fenômeno complexo, que envolve vários fatores associados, sendo que a imobilidade por tempo prolongado é o mais importante fator de risco para pacientes acamados e cadeirantes. É importante lembrar que a UP pode também ocorrer em períodos considerados curtos. Dependendo do paciente, o intervalo de duas horas, ou até menos, pode ser tempo suficiente para o desenvolvimento da lesão³.

Em virtude de seu caráter iatrogênico, o surgimento da UP pode ser evitável. Por esse motivo, as UP são consideradas indicadores de qualidade técnico-científica, tanto no âmbito da atenção primária como na atenção hospitalar especializada¹. Para o monitoramento e os danos na assistência à saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente e tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁴.

Nesse contexto, os enfermeiros vêm atuando de maneira persistente sobre essa problemática, tornando-se um tema em evidência para a sua prática clínica⁵.

Em função da transição epidemiológica, impulsionada pelos avanços na área da saúde, as pessoas estão vivendo mais. Há muitos indivíduos acamados ou com algum tipo de mobilidade prolongada assistida por equipes de saúde da família (ESF), que, em grande parte, constitui-se de idosos, os quais necessitam de cuidados contínuos por parte da família, dos cuidadores e de profissionais da área da saúde.

O paciente acamado ou com restrição de mobilidade no domicílio está suscetível a apresentar problemas complexos e, muitas vezes, tem seu estado de saúde agravado com a presença de UP, em que podem vivenciar dor, sofrimento, comprometimento sistêmico, quase sempre associado à infecção, às secreções com odor fétido e à alteração da imagem corporal, podendo ocorrer baixa autoestima, desmotivação e insegurança. As UP causam grande impacto também na vida dos familiares e cuidadores, ocasionando muita sobrecarga emocional e física. Os enfermeiros não podem se limitar a serem meros observadores⁵. Além disso, nota-se que o custo financeiro se torna elevado no tratamento desses pacientes e, quando mal conduzido ou tratado inadequadamente, pode resultar em sérias complicações e no aumento da mortalidade⁶.

Durante o acompanhamento do paciente acamado em domicílio, o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família deve realizar as orientações necessárias para o cuidado preventivo de lesões; acompanhar com avaliações periódicas os acamados com risco para UP; manter registros de suas ações e capacitar os profissionais de nível médio de Enfermagem, cuidadores e familiares, em função do frequente contato

com o paciente, ajudando-os nas orientações e nos cuidados preventivos⁶.

O interesse pela temática surgiu a partir da atuação como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. Observou-se uma dificuldade por parte de alguns profissionais que atuavam na Estratégia Saúde da Família, como médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, em abordar um paciente com UP. Em geral, cada profissional orientava os cuidadores de pacientes acamados de maneira diferente, enquanto os profissionais de Enfermagem apresentavam homogeneidade em relação aos principais cuidados.

As UP representam uma das principais complicações que acometem pacientes acamados, por isso, na busca da qualidade de assistência, destaca-se a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de saúde relacionado à UP.

Baseando-se nesse contexto, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual o conhecimento de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a prevenção, a avaliação e o tratamento de UP? Existe associação entre os escores e o conhecimento de membros da Estratégia Saúde da Família e as variáveis sociodemográficas e/ou formação profissional?

Espera-se que este estudo possa ampliar o conhecimento na área de Estomatoterapia, a fim de subsidiar novas reflexões dos profissionais de saúde, em especial os que atuam na saúde da família, no sentido de proporem ou definirem novas estratégias de assistência dentro do âmbito da atenção básica à saúde.

O estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a avaliação, a classificação e a prevenção da UP.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de natureza descritiva-exploratória, com abordagem quantitativa, realizado no município de Crateús, no estado do Ceará. O município conta com um total de 16 ESF cadastradas no MS; dessas, quatro foram sorteadas aleatoriamente para a aplicação do teste de conhecimento.

Para inclusão das ESF, estas deveriam ter uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro e técnico de Enfermagem. Os profissionais deveriam estar regularmente inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), ter no mínimo um ano de atuação

profissional em saúde da família, para os enfermeiros e técnicos em Enfermagem, e no mínimo um mês para o médico. Foram excluídos sujeitos que não atenderam a esses critérios, assim como os que não aceitaram participar.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2014, por meio de um instrumento composto por itens referentes aos dados sociodemográficos e ao teste de conhecimento de Pieper e Mott⁷, que foi validado e adaptado em estudo anterior realizado no Brasil. O conteúdo do material é proveniente das recomendações de diretrizes norte-americanas para a prevenção da UP e é constituído por 41 afirmações verdadeiras ou falsas, com oito itens sobre avaliação e classificação da UP e 33 sobre prevenção da UP. Foram suprimidos três itens por não se adequarem ao contexto da atenção básica, restando sete sobre avaliação e classificação, e 31 sobre prevenção da UP, perfazendo 38 itens.

Para cada uma das afirmações, o participante deveria selecionar uma resposta, considerando as opções: verdadeiro (V), falso (F) e não sei (NS) – modelo Likert. Para cada acerto, atribuiu-se um ponto. Os acertos corresponderam às afirmações verdadeiras respondidas como V ou falsas, como F. Para as respostas erradas ou para aquelas respondidas como NS, o escore atribuído foi zero. O escore total do teste de conhecimento correspondeu à soma de todas as respostas corretas.

Posteriormente, os dados coletados foram digitados em planilha Excel, utilizando-se a técnica de dupla digitação, para análise no programa *Statistical Package for Social Science*, versão 21.0 (SPSS). Para a análise, foram considerados os escores dos três grupos de profissionais e não os isolados para cada sujeito.

As associações foram verificadas pelo teste de F (ANOVA), utilizado para realizar a comparação da pontuação média do teste de conhecimento de Pieper e Mott entre os três tipos de profissionais; pelo teste *t* de Student, que foi utilizado para realizar a comparação da pontuação média do teste de conhecimento com a variável sexo e estado civil; e pelo teste de significância da coeficiência de correlação, emprego para verificar a significância estatística da correlação das variáveis tempo de profissão e tempo de trabalho com a pontuação no teste de conhecimento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme estabelece o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 466/12, que se refere às pesquisas

envolvendo seres humanos, com o parecer 674.823 e CAEE 30685714.5.0000.5053.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 profissionais da ESF, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro técnicos de

Enfermagem. A distribuição dos participantes, segundo as suas características sociodemográficas, está apresentada na Tabela 1.

Quanto à idade, a média dos profissionais ficou em torno de 38,75 anos. Os médicos com a média de 43,25 anos, enfermeiros com 38,5 anos e técnicos em Enfermagem com 34,5 anos. A respeito do gênero, observou-se uma distribuição igual para todos os profissionais, 6 (50%) eram

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo suas características sociodemográficas. Crateús, 2014.

Características sociodemográficas	Médico (n=4)		Enfermeiro (n=4)		Técnico em Enfermagem (n=4)	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
<30	1	25,0	0	0	0	0
30 a 40	1	25,0	2	50,0	4	100,0
40 a 50	1	25,0	2	50,0	0	0
≤60	1	25,0	0	0	0	0
Total	4	100,0	4	100,0	4	100,0
Gênero						
Feminino	1	25,0	2	50,0	3	75,0
Masculino	3	75,0	2	50,0	1	25,0
Total	4	100,0	4	100,0	4	100,0
Estado civil						
Solteiro (a)	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Casado (a)	2	50,0	3	75,0	2	50,0
Divorciado (a)	0	0	0	0	1	25,0
Total	4	100,0	4	100,0	4	100,0
Tempo de formação profissional (anos)						
<5	1	25,0	0	0	0	0
05 a 10	1	25,0	1	25,0	1	25,0
10 a 15	0	0	3	75,0	2	50,0
15 a 20	0	0	0	0	1	25,0
20 a 25	1	25,0	0	0	0	0
≥25	1	25,0	0	0	0	0
Total	4	100,0	4	100,0	4	100,0
Tempo de atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (anos)						
<05	1	25,0	0	0	2	50,0
05 a 10	2	50,0	1	25,0	2	50,0
10 a 15	1	25,0	3	75,0	0	0
Total	4	100,0	4	100,0	4	100,0
Formação						
Especialização	3	75,0	4	100,0		
Mestrado	1	25,0	0	0		
Doutorado	0	0	0	0		
Total	4	100,0	4	100,0		

homens e 6 (50%) eram mulheres. Já, quando analisado por categoria profissional, surgiram algumas diferenças. Três (75%) dos médicos eram homens; os enfermeiros apresentaram a mesma distribuição para os sexos masculino e feminino (50%); em relação aos técnicos em Enfermagem, houve predominância do gênero feminino, que correspondeu a 3 (75%). Em relação ao estado civil desses profissionais, 2 (50%) dos médicos eram solteiros e a outra metade era casada; para os enfermeiros, 3 (75%) eram casados e apenas 1 (25%) era solteiro; já para os técnicos, 1 (25%) era solteiro, 2 (50%) casados e 1 (25%) declarou ser divorciado.

Em relação ao tempo de formação profissional, obteve-se uma média de 13,7 anos, variando conforme a categoria profissional. Um profissional médico (25%) estava apenas com um mês de formado, os demais, três (75%), obtiveram a média de 17 anos. Os enfermeiros ficaram com a média de 11,5 anos de formação e técnicos com 12,5 anos. Quanto ao tempo de atuação profissional na Estratégia Saúde da Família,

a média desses sujeitos ficou em torno de 6,75 anos. Ao contrastar esse tempo com a categoria, os médicos apresentaram seis anos completos, nove anos para os enfermeiros e 5,25 anos para os técnicos em Enfermagem. Sobre a titulação dos profissionais de nível superior, três (75%) dos médicos possuem especialização, quatro (100%) dos enfermeiros possuem especialização e um médico (25%) possui mestrado.

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos pelos profissionais nas áreas de avaliação e classificação da UP, do teste de conhecimento.

Considerando os resultados integrais do teste, os médicos atingiram a média de 75,6%; os enfermeiros, 74,4% e os técnicos de Enfermagem, 62,5% dos acertos.

Observou-se que, quando analisados individualmente, nenhum dos participantes conseguiu atingir a média de acertos igual ou superior a 90%, preconizada pelo teste. As notas máximas foram de 81,6% para um participante médico e um enfermeiro e 76,3% para um técnico em

Tabela 2. Percentual de acertos dos participantes da pesquisa no teste de conhecimento de Pieper e Mott, segundo os itens sobre avaliação e classificação da úlcera por pressão. Crateús, 2014.

Avaliação e classificação da úlcera por pressão		Médico (n=4)		Enfermeiro (n=4)		Técnico em Enfermagem (n=4)		Total (n=12)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	O estágio I da úlcera por pressão é definido como pele intacta, com hiperemia de uma área localizada, a qual não apresenta embranquecimento visível ou a cor se difere da área ao redor (V)	4	100,0	3	75,0	3	75,0	10	83,3
6	Uma úlcera por pressão de estágio III é uma perda parcial de pele envolvendo a epiderme (F)	2	50,0	2	50,0	1	25,0	5	41,7
9	As úlceras por pressão no estágio IV apresentam uma perda de pele total com intensa destruição e necrose tissular ou danos nos músculos, ossos ou estruturas de suporte (V)	4	100,0	4	100,0	2	50,0	10	83,3
20	As úlceras por pressão no estágio II apresentam uma perda de pele em sua espessura total (F)	3	75,0	1	25,0	0	0	4	33,3
31	As úlceras por pressão são feridas estéreis (F)	4	100,0	4	100,0	3	75,0	10	91,7
32	Uma região da pele com cicatriz de úlcera por pressão poderá lesar mais rapidamente que a pele íntegra (V)	4	100,0	3	75,0	3	75,0	10	83,3
38	As úlceras por pressão de estágio II podem ser extremamente doloridas, em decorrência de exposição das terminações nervosas (V)	4	100,0	2	50,0	3	75,0	9	75,0

V: verdadeiro; F: Falso.

Enfermagem. As menores notas registradas foram 68,4% para um médico, 60,6% para um enfermeiro e 47,4% para um técnico em Enfermagem.

Destaca-se que, nos itens referentes à avaliação e à classificação da UP, apenas no item 31 os participantes obtiveram o resultado superior do estabelecido pelo teste, nos demais itens, o resultado foi abaixo. Nos itens 1, 9, 31 e 32, os participantes obtiveram 83,3% dos acertos; no item, a assertiva foi de 75%; item 6, 41,6%; no item número 20, os profissionais obtiveram o menor resultado (33,3%). Os médicos conseguiram obter 100% de acertos em quatro itens (9, 31, 32 e 38) e os enfermeiros em 2 (9 e 31).

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos pelos profissionais nas áreas de prevenção de UP, do teste de conhecimento.

Nos itens referentes à prevenção da UP, composta ao todo por 31, em 14 itens os participantes tiveram mais do que 90% dos acertos, sendo que em 7 itens, número 23, 26, 27, 29, 35, 39 e 40, todos os participantes obtiveram 100% dos acertos; em 7 itens entre 70 e 89,9% de acertos; em 2 itens entre 50 e 69%; e em 8 apresentaram porcentagem de acertos menor que 50%.

Os aspectos com menor índice de acertos pelos profissionais foram referentes à inspeção sistemática e posição em decúbito lateral com 41,7% de acertos, ao posicionamento quanto à elevação da cabeceira do leito e movimentação de paciente restrito ao leito com 25%, massagem em proeminências ósseas e uso de luvas d'água ou ar com 16,7% e reposicionamento de pacientes restritos ao leito e almofadas tipos d'água ou ar com a média de 8,3 de acertos.

Os profissionais médicos não pontuaram em cinco itens, 3, 11, 13, 14 e 17, e pontuaram sozinhos em 2 itens, 3 e 16; os enfermeiros não pontuaram apenas em 1 item, 16, mas foram os únicos a pontuarem em 2 itens, 11 e 14, e os técnicos em Enfermagem não pontuaram em cinco itens, 5, 11, 14, 15 e 16.

Por meio do teste de F (ANOVA), verificou-se a existência de algum grupo com média de pontos diferente dos demais. Com valor $p=0,183$, foi rejeitada a hipótese de que exista algum grupo diferente dos demais. O teste t de Student para comparação de grupos independentes foi comparado à soma de pontos para outras variáveis. Não se obteve diferença para as variáveis sexo ($p=0,560$) e estado civil ($p=0,746$). Já o

Tabela 3. Percentual de acertos dos participantes da pesquisa no teste de conhecimento de Pieper e Mott, segundo os itens sobre prevenção da úlcera por pressão. Crateús, 2014.

Prevenção da úlcera por pressão	Médico (n=4)		Enfermeiro (n=4)		Técnico em Enfermagem (n=4)		Total (n=12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2 Os fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão são: imobilidade, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível de consciência (V)	4	100,0	3	75,0	2	50,0	9	75,0
3 Todos os pacientes em risco para úlcera por pressão devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por semana (F)	0	0	2	50,0	3	75,0	5	41,7
4 O uso de água quente e sabonete podem ressecar a pele e aumentar o risco para úlcera por pressão (V)	2	50,0	3	75,0	2	50,0	7	58,3
5 É importante massagear as regiões das proeminências ósseas, se estiverem hiperemiadas (F)	1	25,0	1	25,0	0	0	2	16,7
8 Os cremes, curativos transparentes e curativos de hidrocoloides do tipo extrafino auxiliam na proteção da pele contra os efeitos da fricção (V)	4	100,0	4	100,0	3	75,0	11	91,7
10 Uma ingestão dietética adequada de proteínas e calorias deve ser mantida durante a doença/hospitalização (V)	4	100,0	4	100,0	3	75,0	11	91,7

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Prevenção da úlcera por pressão	Médico (n=4)		Enfermeiro (n=4)		Técnico em Enfermagem (n=4)		Total (n=12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
11 Os pacientes que ficam restritos ao leito devem ser reposicionados a cada três horas (F)	0	0	1	25,0	0	0	1	8,3
12 Uma escala com horários para mudança de decúbito deve ser utilizada para cada paciente com presença ou em risco para úlcera por pressão (V)	3	75,0	4	100,0	4	100,0	11	91,7
13 As luvas d'água ou de ar aliviam a pressão nos calcâneos (F)	0	0	1	25,0	1	25,0	2	16,7
14 As almofadas tipo rodas d'água ou ar auxiliam na prevenção da úlcera por pressão (F)	0	0	1	25,0	0	0	1	8,3
15 Na posição em decúbito lateral, o paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco deve ficar em um ângulo de 30° em relação ao colchão do leito (V)	3	75,0	2	50,0	0	0	5	41,7
16 No paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco, a cabeceira da cama não deve ser elevada em um ângulo maior do que 30° se não houver contraindicação médica (V)	3	75,0	0	0	0	0	3	25,0
17 O paciente que não se movimenta sozinho deve ser reposicionado a cada duas horas enquanto sentado na cadeira (F)	0	0	2	50,0	1	25,0	3	25,0
18 O paciente com mobilidade limitada e que pode mudar a posição do corpo sem ajuda deve ser orientado a realizar o alívio da pressão a cada 15 minutos, enquanto estiver sentado na cadeira (V)	4	100,0	3	75,0	3	75,0	10	83,3
19 O paciente com mobilidade limitada e que pode permanecer na cadeira deve ter uma almofada no assento para proteção da região das proeminências ósseas (V)	3	75,0	3	75,0	3	75,0	9	75,0
21 A pele do paciente em risco para úlcera por pressão deve permanecer limpa e livre de umidade (V)	4	100,0	3	100,0	4	100,0	11	91,7
22 As medidas para prevenir novas lesões não precisam ser adotadas continuamente quando o paciente já possui úlcera por pressão (F)	2	50,0	4	100,0	4	100,0	10	83,3
23 Lençóis móveis ou forros devem ser utilizados para transferir ou movimentar pacientes que não se movimentam sozinhos (V)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Prevenção da úlcera por pressão	Médico (n=4)		Enfermeiro (n=4)		Técnico em Enfermagem (n=4)		Total (n=12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
24 A mobilização e a transferência de pacientes que não se movimentam sozinhos devem ser sempre realizadas por duas ou mais pessoas (V)	3	75,0	4	100,0	4	100,0	11	91,7
25 No paciente com condição crônica que não se movimenta sozinho, a reabilitação deve ser iniciada e incluir orientações sobre prevenção e tratamento da úlcera por pressão (V)	4	100,0	4	100,0	3	75,0	11	91,7
26 Todo paciente que não deambula deve ser submetido à avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão (V)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0
27 Os pacientes e familiares devem ser orientados quanto às causas e aos fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão (V)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0
28 As regiões de proeminências ósseas podem ficar em contato direto uma com a outra (F)	3	75,0	4	100,0	3	75,0	10	83,3
29 Todo paciente em risco para desenvolver úlcera por pressão deve ser colocado em superfície (colchão) redutora de pressão (V)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0
30 A pele, quando macerada pela umidade, danifica-se mais facilmente (V)	4	100,0	3	75,0	2	50,0	9	75,0
34 Uma boa maneira de diminuir a pressão nos calcâneos é mantê-los elevados do leito (V)	4	100,0	3	75,0	4	100,0	11	91,7
35 Todo o cuidado administrado para prevenir ou tratar as úlceras por pressão não precisa ser documentado (F)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	4	100,0
36 Cisalhamento é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície e o corpo desliza (V)	3	75,0	3	75,0	2	50,0	8	66,7
37 A fricção pode ocorrer ao movimentar-se o paciente sobre o leito (V)	4	100,0	4	100,0	2	50,0	10	83,3
39 No paciente com incontinência, a pele deve ser limpa no momento das eliminações e nos intervalos de rotina (V)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0
40 O desenvolvimento de programas educacionais na instituição pode reduzir a incidência de úlcera por pressão (V)	4	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0

V: verdadeiro; F: falso.

teste de significância do coeficiente de correlação, quando cruzadas as variáveis de tempo de formação e/ou atuação na Estratégia Saúde da Família com o número de acertos de cada profissional, indicou não haver correlação estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

No que concerne o resultado integral do teste, os médicos atingiram a média de 75,6%; os enfermeiros, 74,4%; os técnicos de Enfermagem, 62,5% dos acertos. Notou-se que, quando analisados individualmente, nenhum dos participantes conseguiu obter a média de acertos igual ou superior a 90% preconizada pelo teste. As notas máximas foram de 81,6% para um participante médico e um enfermeiro e 76,3% para um técnico em Enfermagem. As menores notas registradas foram: 68,4% para um médico, 60,6% para um enfermeiro e 47,4% para um técnico em Enfermagem.

Grande parte das ESF possui pessoas acamadas ou com imobilidade prolongada, muitas são idosos, necessitando de uma assistência planejada com o intuito de prevenir complicações. Nesse sentido, o MS instituiu a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que dispõe sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo-a como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva, composta minimamente por médico, enfermeiro e técnico de Enfermagem, além de equipe e serviço de apoio⁸.

Nesse sentido, o enfermeiro emerge com a responsabilidade sobre a pessoa acamada ou com imobilidade prolongada, tendo em vista que este profissional coordena, implementa, supervisiona as ações da equipe, alimenta os sistemas de informação, realiza treinamentos e capacitações do cuidado domiciliar, contribuindo para a eficácia e eficiência do serviço de saúde⁶. Estes sujeitos são os profissionais que diagnosticam e prescrevem as intervenções capazes de prevenir as UP, por meio do contato direto com o cliente, ou indireto, na integração do cuidador informal na prestação de cuidados. Portanto, é de suma importância refletir sobre todos os aspectos a eles inerentes, de forma a atribuir aos enfermeiros formação técnico-científica adequada para ultrapassar esta problemática⁵.

Os resultados do teste de conhecimento de Pieper e Mott, considerando o total de acertos, mostraram que tanto o conhecimento dos médicos (75,6%), como dos enfermeiros (74,4%) e técnicos de Enfermagem (62,5%) foram insatisfatórios. Mesmo analisados individualmente, nenhum profissional conseguiu atingir o nível considerado adequado, que é preconizado em 90% ou mais dos itens do teste.

Os dados revelam que ambos os profissionais de saúde da família apresentam déficits de conhecimento em algumas áreas referentes ao tema, entretanto os técnicos de Enfermagem são os que possuem menos conhecimento.

No Canadá, Sinclair et al.⁹ implementaram e avaliaram uma série de *workshops* para dois níveis de profissionais de Enfermagem, antes e em dois momentos após o evento, utilizando o teste de conhecimento de Pieper e Mott⁷. Concluíram que os escores dos enfermeiros foram superiores aos dos técnicos em Enfermagem, em todos os momentos.

Pancorbo-Hidalgo et al.¹⁰, em estudo realizado com a equipe de Enfermagem de hospitais, unidades de saúde e centro de atendimento ao idoso na Espanha, investigaram o nível do conhecimento destes profissionais sobre as diretrizes existentes de UP, e a utilização das mesmas na prática clínica. Tais achados evidenciaram que os fatores educacionais exercem grande influência no conhecimento, reverberando assim na prática cotidiana. O nível do conhecimento de intervenções preventivas foi 79,1% e o de implementação na prática clínica, 68,1%. Os enfermeiros que receberam instrução específica obtiveram os melhores resultados, com 77,7% dos escores.

Nos Estados Unidos, Zulkowski, Ayello e Wexler¹¹ avaliaram o conhecimento sobre a UP com o teste de Pieper e Mott (1995) em enfermeiros especializados em cuidados de feridas, certificação em outra especialidade e sem certificação. Os enfermeiros com especialização na área acertaram 89%, os especialistas em outras áreas, 78% e os sem especialidades, 76%.

Os estudos evidenciam que, apesar do avanço técnico-científico na área da saúde e de diretrizes que apontam recomendações para a prevenção e o tratamento da UP, dificuldades sobre essa temática ainda perduram e persistem em ordem mundial. Não foram identificados estudos, tanto internacionais como brasileiros, que avaliem o conhecimento de profissionais da atenção básica relacionados à questão do conhecimento para a prevenção da UP. Destacam-se vários estudos que avaliam o saber dos profissionais de saúde em âmbito hospitalar.

Em geral, os estudos que abordam a temática UP na atenção primária à saúde objetivam investigar as características

sociodemográficas e clínicas e o risco para desenvolvimento de UP, os cuidados dispensados aos pacientes, a prevalência e as medidas de prevenção, os saberes e as práticas de cuidadores, além dos fatores que influenciam os cuidados na assistência domiciliária^{5,6,12-15}.

No estudo realizado em um hospital universitário de nível terciário do interior paulista com 366 participantes, sendo 64,8% auxiliares/técnicos de Enfermagem e 35,2% enfermeiros, os resultados apontaram que os enfermeiros acertaram 79,4% e os técnicos de Enfermagem, 73,6% do teste de conhecimento. Por meio da identificação das áreas deficientes, pode-se nortear o planejamento de estratégias disseminadoras e que contribuam para a adoção de medidas preventivas pela equipe¹⁶.

O mesmo teste foi aplicado em um Hospital Universitário Sul Fluminense com auxiliares e técnicos de Enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos. Os participantes também não conseguiram atingir a média do teste. Os auxiliares e técnicos de Enfermagem acertaram, em média, 69,4% dos itens do teste; os enfermeiros, 73,6%; os fisioterapeutas, 79,2%; e os médicos, 72,7%¹⁷.

Um estudo realizado em Fortaleza buscou avaliar o risco para UP em idosos no domicílio, após o período de internação hospitalar, mediante aplicação da escala de Braden. Foi apontado que a avaliação de risco para UP em idosos no domicílio, após alta hospitalar, mostrou-se uma importante estratégia para a promoção da saúde desse público. Enfatiza-se a necessidade de orientações voltadas à prevenção de UP no domicílio, prestadas no momento da alta hospitalar¹⁴.

Um estudo foi realizado no Brasil³, buscando avaliar o impacto de uma intervenção educativa, utilizando o teste de conhecimento de Pieper e Mott⁷ adaptado. Identificou-se que, na fase de pré-intervenção, os enfermeiros obtiveram 86,4% de acertos; entretanto, nenhum profissional participou da avaliação posterior. Os auxiliares e técnicos de Enfermagem obtiveram 74,3% de acertos, na fase pré-intervenção, e 81,2%, na pós-intervenção, realizada 20 semanas após o curso. A intervenção para o grupo dos técnicos de Enfermagem se mostrou significativa, possibilitando a melhoria nos resultados do teste.

Uma investigação conduzida em um hospital público no Piauí recentemente, que objetivou verificar o efeito das modalidades de ensino presencial e à distância no conhecimento de enfermeiros sobre UP, obteve diferenças entre as modalidades.

A média de acertos no teste para os participantes da modalidade de ensino presencial foi de 82,9% e para os participantes do ensino à distância, 88,3%. A diferença de médias foi estatisticamente significativa. O efeito da modalidade de ensino à distância no conhecimento dos enfermeiros sobre UP foi maior do que na modalidade de ensino presencial¹⁸.

CONCLUSÃO

A porcentagem média de acertos no teste de conhecimento de Pieper e Mott para os médicos foi de 75,6%; para os enfermeiros 74,4% e para os técnicos de Enfermagem, 62,5%. Mesmo quando analisados individualmente, nenhum dos participantes conseguiu atingir a média de acertos preconizada pelo teste de igual ou superior a 90%. A maior nota obtida foi de 81,6% para um participante médico e um enfermeiro e 76,3% para um técnico em Enfermagem. As menores notas registradas foram: 68,4% para um médico, 60,6% para um enfermeiro e 47,4% para um técnico em Enfermagem.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, foi possível inferir que há deficiência de conhecimento sobre as diretrizes existentes a respeito de prevenção, classificação e tratamento da UP entre os profissionais que atuam na atenção básica no município de Crateús, no estado do Ceará.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para o aperfeiçoamento e reflexão dos profissionais da área da saúde, especialmente o enfermeiro, que lida diretamente com o cuidado e tem a responsabilidade de buscar atualizações e aplicar medidas preventivas, reduzindo assim os casos de UP, como também dos gestores para que possam desenvolver políticas públicas para atender com qualidade a essa clientela, oferecendo condições de trabalho à equipe multiprofissional que atende o usuário em domicílio.

Fica evidenciada a necessidade de mais estudos, os quais avaliem o conhecimento dos profissionais. A educação permanente pode ser uma estratégia eficaz para aprimorar o conhecimento desses profissionais e repercutir diretamente na qualidade da assistência prestada, atendendo às necessidades de saúde da população.

Ressalta-se como limitação deste estudo a restrição do tamanho da amostra, cujos resultados são pontuais e não podem ser generalizados.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ES. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza; 2012. p. 177-96.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick reference guide. Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
3. Fernandes LM, Caliri MH, Haas VJ. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(2):305-11.
4. Brasil. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2014 Jun 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Rodrigues AM, Soriano JV. Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlceras por pressão. *Rev Enferm Referência.* 2011;3(5):55-63.
6. Bezerra SM. Prevalência de úlcera por pressão e cuidados dispensados em acamados no domicílio. [Dissertação de mestrado]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2010.
7. Pieper B, Mott M. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, stating, and description. *Adv Wound Care.* 1995;8(3):34-48.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
9. Sinclair L, Berwiczzonek H, Thurston N, Butler S, Bulloch G, Ellery C, et al. Evaluation of an evidence-based education program for pressure ulcer prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2004;31(1):43-50.
10. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IS, López-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *J Adv Nurs.* 2007;58(4):327-38.
11. Zulkowski K, Ayello EA, Wexler S. Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing? *Adv Skin Wound Care.* 2007;20(1):34-8.
12. Chayamiti EM, Caliri MH. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):29-34.
13. Pessoa EF, Carvalho JG, Bezerra SM. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. *Rev Interdisciplinar NOVAFAP.* 2011;4(1):14-8.
14. Moraes GL, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MO, Silva MJ. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(spe1):7-12.
15. Ramos DO, Oliveira OS, Santos IV, Carvalho ES, Passos SS, Góis JA. Conhecimento de familiares acerca das úlceras por pressão e de seus direitos à reparação. *Rev. Baiana de Enferm.* 2014;28(1):23-30.
16. Miyazaki MY, Caliri MH, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(6):1-10.
17. Fernandes NC, Amaral JP. Conhecimento da equipe multidisciplinar sobre prevenção, avaliação e tratamento de úlcera de pressão no hospital universitário sul Fluminense/RJ. *Estação Cient.* 2012;1(spe):1-10.
18. Cavalcanti PA, Andrade EM. Efeito das modalidades de ensino presencial e a distância no conhecimento de enfermeiros sobre úlcera por pressão. *Rev Estima.* 2013;11(2):42.

Monofilamento: Conhecimento sobre sua Utilização

Monofilament: Knowledge about their Use

Monofilamento: Conocimientos sobre su Uso

Cristiane Costa Reis Silva¹, Najhara Shanna Santiago Souza¹, Tâmilis Fernanda Moreira Souza¹

RESUMO

O monofilamento Semmes-Weinstein é um teste de sensibilidade realizado em pacientes acometidos por neuropatia periférica decorrente de diabetes mellitus e hanseníase, quando não há diagnóstico precoce. O presente trabalho teve como objetivo geral identificar o conhecimento sobre o referido teste por parte de discentes de Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada situada no município de Salvador, Estado da Bahia. Trata-se de pesquisa de campo com estudo descritivo quantitativo por meio da aplicação de questionário composto de perguntas objetivas e subjetivas. A opção das pesquisadoras pelo tema justifica-se pela carência de estudos sobre o teste durante a graduação e pela importância de ampliar o conhecimento a respeito desse instrumento de avaliação que auxilia no diagnóstico precoce da doença, evitando, assim, lesões nos nervos e eventual amputação de membros. Com base nos resultados obtidos, observa-se que os discentes de Enfermagem têm concluído a graduação sem dispor de orientação sobre a importância e a utilização do monofilamento de Semmes-Weinstein.

DESCRIPTORIOS: Sistema nervoso periférico. Conhecimento. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

The Semmes-Weinstein monofilament is a sensitivity test performed in patients with peripheral neuropathy caused by diabetes mellitus and leprosy, when there is early diagnosis. The present work aimed at identifying the general knowledge about the aforementioned test by Nursing students of a private institution of higher learning in the municipality of Salvador, Bahia State. This is field research with quantitative descriptive study through the application of a questionnaire composed of objective and subjective questions. The option of researchers by theme is justified by the lack of studies on the test for graduation and the importance of increasing the knowledge about this assessment tool that assists in the early diagnosis of the disease, thus avoiding nerve damage and possible amputation of members. Based on the results obtained, it is observed that the Nursing students have completed graduation without guidance on the importance and use of the Semmes-Weinstein monofilament.

DESCRIPTORS: Peripheral nervous system. Knowledge. Nursing. Stomatherapy.

RESUMEN

El monofilamento de Semmes-Weinstein es un test de sensibilidad realizada en pacientes con neuropatía periférica resultante de diabetes mellitus y lepra, cuando no hay diagnóstico precoz. El presente trabajo tuvo como objetivo general identificar el conocimiento sobre el referido test por parte de estudiantes de Enfermería de una institución privada de educación superior situada en el municipio de Salvador, estado de Bahía. Se trata de investigación de campo con estudio descriptivo cuantitativo mediante la aplicación de un cuestionario compuesto de preguntas subjetivas y objetivas. La opción de los investigadores por el tema se justifica por la carencia de estudios sobre el test durante la graduación y por la importancia de ampliar el conocimiento respecto a este instrumento de evaluación que ayuda en el diagnóstico precoz de la enfermedad, evitando así lesiones en los nervios y eventual amputación de miembros. Basado en los resultados obtenidos, se observa que los estudiantes de Enfermería han terminado la graduación sin disponer de orientación sobre la importancia y el uso del monofilamento de Semmes-Weinstein.

DESCRIPTORIOS: Sistema nervioso periférico. Conocimiento. Enfermería. Estomaterapia.

¹Universidade Salvador (UNIFACS) – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Bombeiro Eliezer de Alexandrino, 107 – Condomínio Residencial dos Coqueiros, Edifício Itacimirim, Apto. 203 – CEP: 41710-790 – Salvador (BA), Brasil – E-mail: najhara.santiago@hotmail.com

Artigo recebido em: 20/07/2015 – Aceito para publicação em: 13/06/2016

INTRODUÇÃO

Os nervos periféricos do corpo humano são compostos por três elementos — sensoriais, motores e autônomos. A neuropatia periférica ocorre quando algum deles é atingido de forma isolada ou simultaneamente¹. Atualmente, estima-se que cerca de 2% da população em geral apresentem neuropatia periférica; quando considerados adultos com mais de 55 anos, esse valor sobe para 8%².

A doença pode ser classificada em três tipos: mononeuropatia, que atinge apenas um tronco nervoso; mononeuropatias múltiplas, quando vários troncos nervosos são atingidos; e polineuropatia distal, que acomete os quatro membros de forma difusa e simétrica. A neuropatia periférica pode ocorrer em pacientes que apresentam doenças diversas, entre elas diabetes mellitus e hanseníase, nos quais são comuns alterações sensitivas e autonômicas².

Dados epidemiológicos demonstram ser crescente o número de indivíduos com diabetes mellitus e hanseníase. No ano de 2015, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram confirmados e notificados 3.025 casos de hanseníase na Bahia³. Somente em Salvador foram 488 casos, seguida da cidade de Araci, com 196. Levantamento do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos no município de Salvador (BA), revela que nos meses de janeiro a abril de 2013 houve a identificação de 347 pacientes com *diabetes mellitus*, sendo 101 deles do diabetes tipo 1 e 246 do tipo 2⁴.

Para evitar a progressão da neuropatia periférica, sem consequências para o indivíduo, este deverá ser acompanhado por um médico que irá realizar a anamnese, encaminhá-lo para exames de controle glicêmico e indicar testes que avaliarão a sensibilidade periférica. Essa avaliação tem papel fundamental no diagnóstico e tratamento de lesões dos nervos periféricos, pois a detecção precoce de distúrbios da função nervosa é de extrema importância, visto que a intervenção médica e da equipe multidisciplinar pode evitar a perda progressiva e permanente da funcionalidade do nervo afetado, além do risco de ulcerações e incapacidade de mobilidade do indivíduo⁵.

Um dos diagnósticos para a neuropatia é realizado por meio do teste de sensibilidade com monofilamento de Semmes-Weinstein de gramas variados, cujo objetivo consiste em avaliar a sensibilidade tátil dos pacientes com possível

lesão nos nervos. O instrumento de avaliação é feito com um estesiômetro de náilon, o qual é aplicado suavemente em cerca de cinco pontos de pressão nos pés e/ou mãos do paciente⁶.

O uso desses monofilamentos para detecção de presença/ausência de sensibilidade teve início no ano de 1800. Foram desenvolvidos pelo neurofisiologista Josephine Semmes e por Sidney Weinstein, neuropsicólogo. Realizou-se o teste pela primeira vez com pelos de cavalos e, posteriormente, já no ano de 1960, utilizou-se o atual monofilamento de náilon⁷.

Tempo depois, em 1983, a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil recomendou que fosse implantada a utilização dos monofilamentos de Semmes-Weinstein para avaliação dos nervos periféricos, com as outras ações previstas no Programa de Controle da Hanseníase⁸. Acresce-se estar incluída no Protocolo de Atendimento de Hipertensão e Diabetes da Prefeitura de São Paulo (2011) a orientação para que pacientes com diabetes mellitus sejam submetidos a uma rotina de procedimentos na primeira consulta e realizem uma avaliação anual, durante a qual serão feitos exames laboratoriais, aferidas as medidas antropométricas, além do exame de sensibilidade com monofilamento de Semmes-Weinstein, cujo intuito é identificar aqueles que apresentam risco de ulceração⁹.

Além disso, na consulta de enfermagem, os profissionais devem coletar as informações necessárias, transmiti-las à equipe médica e multiprofissional, a fim de estabelecer um diagnóstico preciso e fornecer orientações aos pacientes e familiares sobre a importância do autocuidado. Quando se trata de neuropatia periférica, é fundamental também que os profissionais conheçam o teste de sensibilidade com monofilamentos de Semmes-Weinstein e o benefício que ele proporciona ao paciente, ou seja, o diagnóstico precoce que reduz a chance de lesões nos nervos. Devem também dispor de informações sobre a sua utilização e aplicação¹⁰.

Diante do exposto, este estudo assume grande relevância prática, por tratar de um teste atualmente disponível e utilizado no Programa de Saúde da Família (PSF), de baixo custo, fácil manuseio e, ainda, por haver grande número de pessoas acometidas com doenças que alteram a sensibilidade e, portanto, possivelmente beneficiadas com a sua maior utilização. Para tanto, são necessários profissionais de saúde capacitados a realizar essa avaliação.

O desenvolvimento do presente estudo justificou-se também pelo pouco contato dos alunos de Enfermagem com esse instrumento de avaliação, o que despertou o interesse das autoras em melhor investigar o conhecimento a seu respeito.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral identificar o conhecimento de discentes de Enfermagem da instituição campo de estudo sobre monofilamento de Semmes-Weinstein e, como objetivos específicos, identificar quantos desses discentes conhecem a técnica de aplicação do monofilamento de Semmes-Weinstein e verificar a dificuldade por eles encontrada para aplicá-lo.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de campo, com estudo descritivo e abordagem quantitativa. Participaram 26 discentes de Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada, localizada no município de Salvador, Estado Bahia, no ano de 2015.

Os participantes cursavam o nono e o décimo semestres de curso. Constituíram critérios de exclusão na pesquisa: a não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o trancamento de matrícula no curso.

Optou-se por selecionar estudantes que cursassem os dois referidos semestres em virtude de apenas três estarem no décimo período na instituição. Dessa forma, incluir discentes também do nono semestre possibilitou a coleta das informações necessárias com um maior número de participantes.

A pesquisa foi realizada após obtenção do parecer favorável (n° 919.778) do Comitê de Ética em Pesquisa da própria Universidade, via Plataforma Brasil. As pesquisadoras coletaram os dados no mês de março de 2015, em uma sala de aula, momento em que o projeto de pesquisa pôde ser apresentado aos participantes, bem como foram feitas orientações sobre o questionário e realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após sua concordância, conforme preconizado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/12.

Aos participantes foi entregue um questionário composto de 15 questões objetivas e subjetivas sobre o tema investigado, o qual foi recolhido logo após eles serem informados sobre o objetivo do estudo e assegurados quanto ao sigilo das informações.

Após a coleta dos dados por meio da aplicação do questionário, realizou-se a tabulação no programa do Excel. Optou-se por organizar e apresentar os dados em gráficos e tabelas, com cálculo de porcentagem das seguintes

variáveis: características sociodemográficas e específicas, como sexo e idade; informação sobre monofilamento; importância da utilização dos monofilamentos; vantagens; contraindicação; onde se obteve conhecimento sobre os monofilamentos; qual é o profissional habilitado a realizar o exame de sensibilidade; e se durante o período curricular houve contato com esse instrumento de avaliação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das características sociodemográficas dos participantes mostra que 25 deles são do sexo feminino, e 1, do masculino. Já quando observada a idade, 21 têm entre 21 e 30 anos; 2, entre 31 e 40 anos; 2, 20 anos ou menos; e 1 não informou a idade (Gráficos 1 e 2 e Tabela 1).

Conforme dados coletados na pesquisa, 92,3% dos participantes relataram desconhecer o monofilamento de Semmes-Weinstein, e apenas 7,7% afirmaram ter informações a respeito. Diante desse achado, é importante pontuar que a aquisição de conhecimento e experiência prática durante a formação profissional é de suma importância para o desenvolvimento de habilidades, além de qualificar o profissional e possibilitar o seu aprimoramento.

Entretanto, apesar de ser um conhecimento importante a esses futuros profissionais, 69% dos discentes que participaram deste estudo informaram desconhecer ou não julgar importante a utilização do monofilamento de Semmes-Weinstein, apenas 8,0% afirmaram reconhecer a importância do teste, e 23% não responderam.

Mesmo entre aqueles que afirmaram ter informações houve equívocos, pois relataram considerar o referido teste importante para rastrear pacientes, a fim de evitar agravos de lesões, como o pé diabético. Isso evidencia que os discentes de Enfermagem estão concluindo a graduação sem conhecer o teste de sensibilidade com monofilamento de Semmes-Weinstein, apesar de constituir instrumento de avaliação atualmente disponível na rede pública e bastante utilizado em programas de atenção à saúde de pacientes com *diabetes* e hanseníase, com o intuito de avaliar a sensibilidade desses pacientes.

O estesiômetro foi desenvolvido por Von Frey utilizando fios de cabelo e pelos de cavalo, em 1800, com o objetivo de analisar a pressão e o tato. Posteriormente, Semmes e Weinstein começaram a utilizar os monofilamentos de

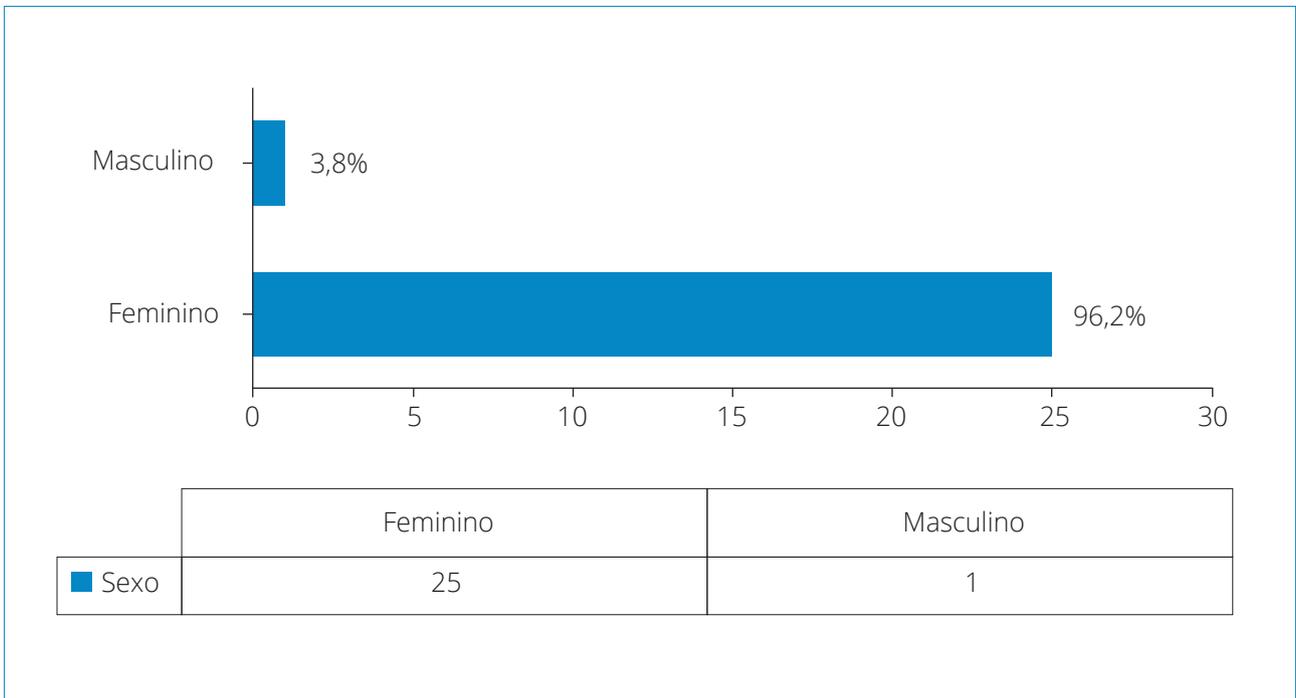


Gráfico 1. Características sociodemográficas da população do estudo. Salvador, Bahia, 2015.

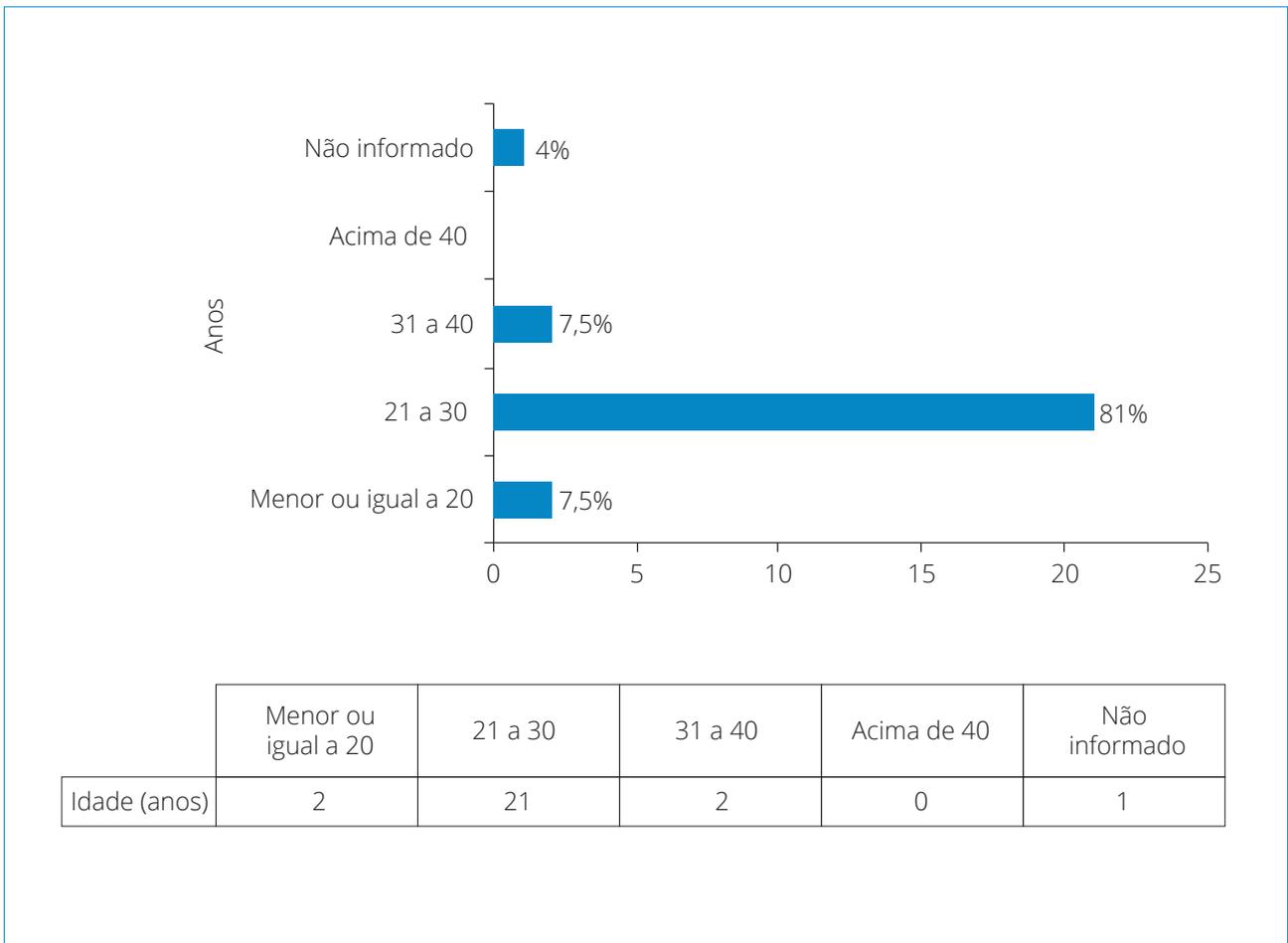


Gráfico 2. Características sociodemográficas da população do estudo. Salvador, Bahia, 2015.

Tabela 1. Conhecimento dos participantes da pesquisa sobre o monofilamento na cidade de Salvador, Bahia, 2015.

Variável	n	%
Conhece o monofilamento de Semmes-Weinstein?		
Não	24	92,3
Sim	2	7,7
Total	26	100
Considera importante a utilização do monofilamento?		
Não	18	69,0
Sim	2	8,0
Não informado	6	23,0
Total	26	100
Onde obteve informações sobre monofilamento?		
Universidade	1	3,8
Hospital	0	0,0
Unidade básica de saúde	0	0,0
Curso de extensão	0	0,0
Colega de graduação	2	7,7
Não sei o que é monofilamento	23	88,5
Total	26	100
Onde adquiriu conhecimento sobre monofilamento?		
Internet	1	4,0
Universidade	0	0,0
Curso de extensão	0	0,0
Estágio Curricular	0	0,0
Colega de graduação	1	4,0
Não sei o que é monofilamento	22	84,0
Não informado	2	8,0
Total	26	100
Durante o estágio curricular você já presenciou algum profissional utilizando o monofilamento?		
Sim	1	4,0
Não	24	92,0
Não informado	1	4,0
Total	26	100

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	n	%
Sabe informar qual o profissional habilitado para realização do teste de sensibilidade com monofilamento?		
Sim	2	8,0
Não	22	84,0
Não informado	2	8,0
Total	26	100
Benefícios da utilização do monofilamento		
Diminuir a pressão arterial	0	0,0
Controlar o índice glicêmico	0	0,0
Reduzir a taxa de ulceração e amputação	5	19,0
Diminuir o índice de colesterol	0	0,0
Controlar dor	2	8,0
Reduzir a taxa lesão	3	11,0
Não informado	16	62,0
Total	26	100
Existe contra-indicação para utilização do monofilamento?		
Sim	0	0,0
Não	18	69,0
Não informado	8	31,0
Total	26	100
Vantagens do monofilamento de náilon		
Armazenamento em baixa temperatura	0	0,0
Alta durabilidade	0	0,0
Utilização em qualquer paciente	2	8,0
Difícil manuseio	0	0,0
Tempo de execução longo	0	0,0
Não sei	23	88,0
Não informado	1	4,0
Total	26	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

náilon, material usado atualmente em todo o mundo, com o mesmo comprimento, mas diâmetros diferentes^{6,10}.

Já no Brasil, o *kit* de monofilamento de náilon começou a ser implantado e utilizado a partir de 1983. A terapeuta ocupacional Linda Lehman foi uma das pioneiras a utilizá-lo¹¹.

Esse teste de sensibilidade é de extrema importância, pois irá avaliar o nível de sensibilidade nas regiões em que ele será aplicado, e essa alteração da sensação tátil poderá variar entre normal e perda de sensibilidade total¹². Aconselha-se realizá-lo para determinar o risco de ulceração, uma vez que se encontra disponível nas unidades básicas de saúde, é de baixo custo, fácil manuseio, grande sensibilidade e especificidade¹³. Para o paciente, a realização dessa avaliação permite o diagnóstico precoce de neuropatia periférica, reduz o risco de lesão e amputação dos membros e, conseqüentemente, melhora a sua qualidade de vida.

No entanto, apesar de sua comprovada importância, quando questionados sobre onde obtiveram informações a respeito do monofilamento, 88,5% dos participantes afirmaram desconhecer-lo, 7,7% referiram ter obtido informações com os colegas de graduação, e 3,8%, na universidade. Entre os que o conheciam, 4,0% adquiriram informações na internet, e 4,0%, nos estágios curriculares da universidade. No entanto, 84,0% não sabem o que é o monofilamento de Semmes-Weinstein e 8,0% não informaram. Destaca-se a crescente expansão da internet no meio social e educacional, consolidando-se como recurso para obtenção de informações nas diversas áreas do conhecimento.

Os dados acima mencionados permitem inferir que os discentes da instituição investigada não têm conhecimento suficiente a respeito do monofilamento, possivelmente em decorrência da pouca vivência ou do contato restrito com o tema durante a graduação. Acredita-se também que, embora o teste tenha sido abordado durante o período acadêmico, ainda que de maneira pouco enfática, a busca incansável pelo conhecimento deve partir, sobretudo, do discente, para que possa se tornar um profissional mais completo. Todavia, durante a apresentação do projeto, foi possível notar estranheza por parte dos alunos quando citado o nome científico do teste de sensibilidade.

No que diz respeito à relevância dessa avaliação para as pessoas com diabetes, há de se mencionar que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, deve ser prestada assistência a esses pacientes em todos os níveis de atenção, e a equipe multidisciplinar deve estar apta e capacitada para

oferecê-la com qualidade, bem como orientá-los (inclusive seus familiares) quanto aos cuidados necessários para manutenção de uma boa qualidade de vida, prevenindo, assim, lesões¹⁴.

Ainda, é responsabilidade do enfermeiro rastrear os pacientes com diabetes, coletar dados importantes sobre sinais e sintomas na anamnese, assim como inspecionar os pés e promover educação continuada, ressaltando a importância do autocuidado e do controle do nível glicêmico baseado em alimentação saudável^{14,15}.

Como observado na pesquisa, 92,0% dos participantes não presenciaram, durante os estágios curriculares, a realização do teste ou não souberam informar o que é o monofilamento, 4,0% referiram ter visto algum profissional de saúde utilizando o instrumento, e 4,0% não informaram.

No que se refere ao profissional que realiza o teste, 84% não souberam informar qual é, 8,0% relataram no questionário apenas que era aplicado por profissionais de saúde, e 8,0% não informaram. Esses dados evidenciam que os discentes realmente têm pouca informação e conhecimento sobre o monofilamento de Semmes-Weinstein, o que acarreta significativo déficit. Nota-se, porém, na presente na afirmação que 4,0% dos participantes da pesquisa referiram ter presenciado a utilização desse teste de sensibilidade.

Importante pontuar que estão habilitados a realizar o teste de monofilamento em paciente com alteração de sensibilidade em região periférica todos os profissionais de saúde que possuem conhecimentos técnicos e científicos para aplicabilidade prática de tal procedimento¹⁵.

Quando questionados sobre os benefícios da utilização do monofilamento, 62% não informaram, 19% afirmaram que reduziria a taxa de ulceração e amputação dos pacientes a ele submetidos, 11% relataram diminuição de lesões, e 8% apontaram o controle da dor. Na verdade, o principal benefício do teste de sensibilidade é auxiliar no diagnóstico precoce de lesões nos nervos, reduzindo, assim, a incidência de lesões. Durante sua aplicação, nos casos em que o paciente não sentir a pressão exercida pelos diferentes diâmetros monofilamentos, ou seja, diante de alteração tátil, ele será orientado pelo profissional de saúde a realizar um acompanhamento médico para tratamento precoce¹⁴⁻¹⁶.

Os dados desta pesquisa revelaram ainda outro aspecto importante: 69% dos participantes relataram que, de acordo com o conhecimento por eles obtido, não existe ou eles não souberam informar qual seria a contraindicação para utilização do monofilamento de Semmes-Weinstein; outros 31%

não informaram a respeito. Vale, portanto, pontuar que, com base em pesquisas realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nos Manuais do Ministério da Saúde e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), não há contraindicação para realização do teste de sensibilidade, exceto se houver lesão aparente que dificulte a sua realização, uma vez que, apesar de não ser recomendado utilizar o monofilamento diretamente em região com feridas, pode-se aplicá-lo ao redor de locais lesionados.

Já quando questionados sobre a vantagem na utilização do monofilamento de náilon, 88% dos participantes não souberam informar, 8,0% referiram ser aplicável em qualquer paciente, e 4% não responderam.

Por se tratar de instrumento de avaliação de uso coletivo, recomenda-se, logo após a utilização do monofilamento de náilon, limpá-lo com sabão líquido e água morna, devendo permanecer em repouso durante 24 horas para que possa ser reutilizado. Deve-se ainda evitar contato com agentes químicos. Não há necessidade de esterilização em autoclave, até porque o monofilamento não foi projetado para resistir a altas temperaturas. As vantagens desse instrumento são ser de baixo custo e fácil utilização¹⁷.

No que se refere à indicação, apenas 7,7% dos participantes souberam responder. O exame de monofilamento é indicado para pacientes que tenham alteração de sensibilidade e, conseqüentemente, possam desenvolver a neuropatia periférica ou outras lesões, como é o caso daqueles com diabetes, hanseníase, infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV), alcoolismo ou em uso de medicações neurotóxicas².

Indagados sobre a técnica utilizada e os locais de aplicação do monofilamento de Semmes-Weinstein, 7,7% dos participantes souberam responder, embora com pouca precisão. Porém, quanto ao local de aplicação, estes indicaram apenas a região plantar. Já quanto às patologias nas quais é realizado o teste de sensibilidade, referiram somente o diabetes. Nota-se que, apesar de esses dois participantes terem respondido a todas as questões, ainda há déficit de informação quanto à descrição da técnica preconizada. Assim, em razão da ausência de conhecimento suficiente e da larga utilização do teste em programas de diabetes e hanseníase, o tema deveria ser mais bem abordado e discutido em sala de aula.

A respeito da técnica, ainda desconhecida pela maioria dos participantes, deve ocorrer em ambiente tranquilo e confortável para o paciente, com o mínimo de interferência externa^{16,17}. Deve-se, primeiramente, colocá-lo na posição

sentada, de frente para o examinador, com mãos e pés apoiados e relaxados. É importante realizar uma demonstração prévia e orientá-lo sobre como ocorrerá o exame, fazendo um teste em área de sua pele com sensibilidade normal. Após a demonstração, deve-se ocluir o campo de visão do paciente, utilizando uma barreira. Antes de iniciar o teste, o profissional irá separar os monofilamentos por diâmetro, em ordem crescente, e realizar a aplicação com filamento perpendicular à pele, mantendo-a pressionada por cerca de 1 a 2 segundos e, em seguida, retirando-os suavemente¹⁶⁻¹⁹.

O profissional irá seguir uma seqüência de aplicação, do menor para o maior diâmetro, e a cada aplicação deve perguntar ao paciente se ele sentiu e em que local foi exercida a pressão. Depois disso, deverá anotar, em uma folha própria tal dado, a presença de qualquer alteração¹⁸⁻²⁰.

Considera-se diagnóstico suspeito de neuropatia caso o paciente não sinta a pressão exercida pelo monofilamento de 10 g. Nessas situações, torna-se necessário e importante que o enfermeiro enfatize as medidas de prevenção de lesões, além de encaminhar o paciente para acompanhamento médico, a fim de que proceda ao tratamento adequado e evite possíveis conseqüências^{15,16}.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos permite concluir que a maioria dos discentes participantes não tem conhecimento sobre o monofilamento de Semmes-Weinstein e a sua utilização.

Apesar de o teste estar atualmente disponível nas unidades básicas de saúde e implantado nos programas de saúde a pacientes com diabetes e hanseníase, é ainda pouco conhecido e utilizado por profissionais de saúde, e muito pouco discutido em sala de aula, o que favorece a falta de informação e conhecimento a seu respeito. Visto que os docentes têm um papel importante durante a graduação, seria necessário maior enfoque e divulgação de informação a respeito do teste, para que os discentes tenham maior conhecimento sobre ele.

Diante do exposto, este estudo assume importância no sentido de alertar para essa situação e despertar o desejo dos participantes de buscar conhecimento sobre a utilização desse importante instrumento de saúde. Acredita-se que assim poderão, em futuro próximo, agregar maior valor à futura carreira profissional, visto que estão prestes a concluir o curso de graduação.

Uma vez que o enfermeiro tem papel importante na rede básica de saúde e pode contribuir para maior aplicação do referido teste de sensibilidade, ele deverá dispor de habilidade e conhecimento para aplicá-lo, assim como para reconhecer as doenças que mais acometem a perda da sensibilidade da região plantar e palmar. Dessa forma, poderá realizar busca ativa desses pacientes e intensificar as atividades de educação continuada dirigidas à valorização do autocuidado, a fim de reduzir o risco de lesão e

amputação dos membros e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Sabe-se que a cada ano um número maior de profissionais de Enfermagem se forma e busca o seu espaço no mercado de trabalho, situação que torna premente que os discentes e profissionais já formados busquem por mais conhecimentos e se atualizem constantemente em prol tanto de alcançar sucesso na carreira profissional quanto de melhorar o atendimento àqueles que assistem.

REFERÊNCIAS

1. Hausen SLJ, Andrew S. Neurologia Clínica de Harrison. 3ª ed. Porto Alegre: McGraw-Hill; 2015.
2. Kraychet DC, Sakata RK. Neuropatias periféricas dolorosas. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(5):649-58.
3. Sinan. HANSENÍASE Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 14]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/sinan/hans.def>.
4. Ministério da Saúde. DATASUS. Diabetes Tipo 1, Diabetes Tipo 2 segundo Município-Salvador [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdba.def>.
5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
6. Helene LMF, Leão VM, Minakawa MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. Hansen Int. 2001;26:5-13.
7. Massuia FAO, Uemura GRJRP. Monofilamentos de Semmes-Weinstein, Instrumento fundamental ou opcional em mastologia? Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. 2013;17(1):121-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de controle da hanseníase. 3ª ed. Brasília: Fundação Nacional da Saúde; 2002.
9. São Paulo. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde; 2011.
10. Moreira D, Escarabel CM. A importância dos monofilamentos de Semmes-Weinstein no exame de sensibilidade do paciente portador de hanseníase. Ciência e Fisioterapia. 2002;1(1):1-5.
11. Moreira D, Alvarez RRA. Utilização dos monofilamentos de Semmes-Weinstein na avaliação de sensibilidade dos membros superiores de pacientes hansenianos atendidos no Distrito Federal. Hansen Int. 1999;24(2):121-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Caiafa JS, Castro AA, Fidelis C, Santos VP, Silva ES, Sitrângulo Junior CJ. Atenção integral ao portador de pé diabético. J Vasc Bras. 2011;10(4):1-32.
14. Brasil. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus - diretrizes. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2009.
15. Santos GILSM, Capirunga JBM, Almeida OSC. Pé Diabético: Condutas do Enfermeiro. Rev Enferm Contemp. 2013;2(1):225-241.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Prevenção de incapacidades. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1997.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da pessoa com Doença Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
18. Lehman LF, Orsini MBP, Fuzikawa PL, Lima ReC, Gonçalves SD. Avaliação Neurológica Simplificada. Belo Horizonte: ALM International; 1997.
19. González CP. Monofilamento de Semmes-Weinstein. Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria. 2010;1(1):8-19.
20. Schmidt MI, Melere C, Damé P. Manual de Procedimento: Monofilamento. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. ELSA-BRASIL. 2012. [S.l.: s.n.].

Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica

Characterization and Risk Factors of Urinary Incontinence in Women Cared in a Gynecological Clinic

Caracterización y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres Atendidas en una Clínica Ginecológica

Luana Feitosa Mourão¹, Maria Helena Barros Araújo Luz¹, Antonio Dean Barbosa Marques², Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício¹, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes¹, Antônio Francisco Machado Pereira¹

RESUMO

Incontinência urinária é um problema de saúde pública por ser uma doença multifatorial que acomete, em termos, 27,6% das mulheres e 10,5% dos homens, refletindo nas relações interpessoais, profissionais e sexuais. O estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico de mulheres com incontinência urinária atendidas em uma clínica ginecológica de um hospital universitário do Piauí. É uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritiva e transversal, que foi realizada em setembro de 2015, mediante a aplicação de um formulário semiestruturado a 48 mulheres. A prevalência de incontinência urinária foi maior em mulheres com faixa etária entre 30 e 48 anos (52,1%), casadas (56,3%), pardas (72,9%) e com ensino fundamental incompleto (39,6%). Destacam-se como fatores de risco: consumo de cafeína (97,9%), cirurgia ginecológica (87,5%), infecção urinária (62,5%) e prática de atividade física (56,3%). O tempo de início da doença foi entre um e cinco anos (43,8%), com episódios de perda de urina ao espirrar (89,6%), ao tossir (83,3%) e antes de chegar ao banheiro (75%). Tais mulheres adotaram como atitudes comportamentais ficar próximas ao banheiro (54,2%) e fazer uso de absorventes ou de forros (41,7%). Apenas 33,3% procuraram um médico, 35,4% receberam orientações sobre a doença, 25% conheceram o diagnóstico médico e 12,5% realizaram algum tipo de tratamento. O estudo possibilitou conhecer a realidade das mulheres com incontinência urinária que buscam assistência à saúde em um hospital universitário, com resultados que se aproximam de estudos anteriores sobre a temática.

DESCRITORES: Incontinência urinária. Fatores de risco. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a public health problem because it is a multifactorial disease that affects 27.6% of women and 10.5% of men. Thus, it reflect in interpersonal, professional and sexual relations. The study aimed at characterizing the sociodemographic, clinical and epidemiological profile of women with urinary incontinence cared at a gynecological clinic of a university hospital in Piauí, Brazil. It is a descriptive exploratory field research, carried out in September 2015, by applying a semi-structured form in 48 women. The prevalence of urinary incontinence was higher in women aged between 30 and 48 years old (52.1%), married (56.3%), brown (72.9%) and with incomplete primary school educational

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Martins Neto, 753, ap. 107 – Antônio Bezerra – CEP: 60360-415 – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: luanamourao29@hotmail.com.br

²Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

Artigo recebido em: 07/04/2016 – Aceito para publicação em: 23/07/2016

level (39.6%). The risk factors include: caffeine consumption (97.9%), gynecological surgery (87.5%), urinary tract infection (62.5%), and physical activity (56.3%). The onset of the disease was between one and five years (43.8%), with episodes of urine leakage when sneezing (89.6%), coughing (83.3%) and before reaching the bathroom (75.0%). They adopted as behavioral attitudes: be next to the bathroom (54.2%); make use of tampons or linings (41.7%). Only 33.3% seek medical care, 35.4% were educated about the disease, 25.0% knew the medical diagnosis and 12.5% had some type of treatment. The study made it possible to know the reality of women with urinary incontinence who seek health care in a university hospital, with results that approach previous studies on the subject.

DESCRIPTORES: Urinary incontinence. Risk factors. Nursing. Stomatherapy.

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un problema de salud pública debido a que es una enfermedad multifactorial, que afecta el 27,6% de las mujeres y el 10,5% de los hombres, lo que refleja en las relaciones interpersonales, profesionales y sexuales. El objetivo del estudio fue caracterizar el perfil sociodemográfico, clínico y epidemiológico de las mujeres con incontinencia urinaria que asistieron a una clínica ginecológica de un hospital de una universidad de Piauí, Brasil. Se trata de una investigación de campo descriptiva, exploratoria y transversal, realizada en septiembre de 2015, mediante la aplicación de un formulario semiestructurado en 48 mujeres. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue mayor en las mujeres de edades comprendidas entre 30-48 años (52,1%), casadas (56,3%), de piel marrón (72,9%) y con el nivel de educación primaria incompleta (39,6%). Se destacan como sus factores de riesgo: consumo de cafeína (97,9%), cirugía ginecológica (87,5%), infección del tracto urinario (62,5%) y la práctica de actividad física (56,3%). El inicio de la enfermedad fue entre uno hasta cinco años (43,8%), con episodios de pérdida de orina al estornudar (89,6%), al toser (83,3%) y antes de llegar al cuarto de baño (75,0%). Ellas adoptaron como las actitudes de comportamiento de estar al lado del cuarto de baño (54,2%) y hacer uso de absorbentes o foros (41,7%). Sólo el 33,3% busca atención médica, el 35,4% fue educado acerca de la enfermedad, el 25% conoce el diagnóstico médico y el 12,5% realizó algún tipo de tratamiento. El estudio permitió conocer la realidad de las mujeres con incontinencia urinaria que buscan atención médica en un hospital universitario, presentando los resultados que se aproximan a los estudios anteriores sobre el tema.

DESCRIPTORES: Incontinencia urinaria. Factores de riesgo. Enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Incontinência urinária (IU) é um termo utilizado para definir uma disfunção do trato urinário inferior que causa a perda involuntária de urina. Essa afecção possui índices significativos de prevalência mundial, acometendo ambos os gêneros, com prevalência de 27,6% no gênero feminino e 10,5% no masculino, sendo mais comum nas mulheres por conta da própria anatomia e do fator idade¹⁻².

A IU pode ser classificada em cinco tipos: esforço, urgente, mista, estouro e funcional³. Contudo, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) qualifica-a apenas em três tipos: de esforço, de urgência e mista — esta última engloba ao mesmo tempo sintomas das duas anteriores e é a mais frequente⁴.

Existem alguns fatores que estão diretamente relacionados com a perda da função esfinteriana e que propiciam o surgimento da IU. Esses fatores são indícios da fragilidade da musculatura do assoalho pélvico, decorrentes do processo de envelhecimento, pela redução da elasticidade e da

contratilidade da bexiga, bem como alterações associadas à paridade, a cirurgias ginecológicas e a traumas pélvicos⁵.

Além deles, são considerados fatores de risco: idade, raça, hereditariedade, índice de massa corporal (IMC), obesidade, tipo de parto, climatério, constipação intestinal, uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e drogas, uso do tabaco, consumo de cafeína, prática de exercícios físicos intensos, doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, e histórico de infecção urinária⁶⁻⁸.

A IU atualmente é um problema de saúde pública por ser uma doença multifatorial que ocasiona transtornos físicos, psíquicos, sociais, profissionais, sexuais e econômicos, os quais interferem na qualidade de vida (QV) dos indivíduos incontinentes⁹⁻¹¹.

As mulheres incontinentes apresentam repercussões psicológicas como: aflição, incapacidades, perda da autoestima, vergonha dos episódios de perda de urina em locais públicos, medo que as pessoas sintam o odor da urina e de perder o emprego. Por isso, muitas delas mudam os seus hábitos diários para remediar sua incontinência, o que

dificulta o diagnóstico da doença, pois sentem vergonha de relatar esse fato aos profissionais da saúde, familiares e amigos¹². Tudo isso justifica a demora em procurar um serviço de saúde, por causa do constrangimento atrelado à falta de conhecimento sobre a doença e os tipos de tratamento, assim como a influência dos fatores culturais e por acreditarem que a IU seja uma condição normal do processo de envelhecimento, e muitos dos profissionais da saúde não percebem nem abordam essa doença durante as consultas¹³.

As repercussões psicológicas ocasionadas pela IU nas mulheres contribuem para a perda da autoestima e da autoconfiança e para mudanças nas relações interpessoais e sexuais, que resultam em isolamento social por receio de constrangimentos, evoluindo para um quadro de depressão^{2,10}.

Em função da complexidade dessa temática, que envolve a ocorrência de IU em mulheres com relação a aspectos socio-demográficos, fatores de risco e aspectos clínicos, terapêuticos e comportamentais, tem-se como subsídio para discutir a assistência de enfermagem a essa clientela. Tal clientela compõe o objeto de estudo deste artigo, formado por mulheres com IU atendidas em uma clínica ginecológica de um hospital universitário de Teresina, no Piauí.

A motivação para desenvolver esta pesquisa ocorreu após a leitura de um estudo sobre a prevalência de IU em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde de Teresina, aguçando o interesse em conhecer a realidade de mulheres que relatam perda involuntária de urina em uma clínica ginecológica de um hospital universitário com uma equipe multiprofissional. Também se pensou em desenvolver um estudo que alertasse os enfermeiros sobre a IU e despertasse o interesse para a realização de atividades de promoção e prevenção para a melhoria da QV dessa clientela.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico de mulheres com IU atendidas em uma clínica ginecológica de um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório e descritivo, transversal. O local de pesquisa foi uma clínica

ginecológica de um hospital universitário situado no município de Teresina (PI), o qual possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos de alta complexidade e com assistência direcionada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população da pesquisa foi composta por mulheres que aguardavam atendimento na clínica ginecológica em setembro de 2015. A amostragem foi não probabilística, do tipo intencional, constituída por 48 mulheres que aceitaram participar do estudo e que relataram perda involuntária de urina e com idade a partir de 18 anos. Os dados foram coletados mediante entrevista, utilizando um formulário semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, fundamentado em estudos anteriores sobre a temática.

Tabularam-se os dados coletados por intermédio do *software* Microsoft Excel para armazenamento. Após o término da coleta e da tabulação dos dados, iniciou-se o processo de análise estatística mediante a técnica da dupla digitação por meio do *software* SPSS versão 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*).

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e autorização da Comissão de Pesquisa designada pela instituição, recebendo aprovação sob o número do CAAE 46518915000005214, e atendeu aos cuidados com investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 48 mulheres com IU, cujos resultados se encontram estruturados, conforme os objetivos, em três tabelas — alguns dados foram descritos ao longo do texto.

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo, observou-se que a maioria está na faixa etária de 30 a 49 anos, é casada, parda, procedente de Teresina, reside em casa própria, com três ou mais pessoas, com média de dois ou três filhos. Menos da metade possui como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto, renda familiar de dois salários-mínimos e trabalha sem vínculo empregatício, de acordo com a Tabela 1.

No que se refere aos antecedentes familiares das integrantes da investigação, a grande parte relatou hipertensão

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de mulheres com incontinência urinária() de Teresina (PI), em 2016 (n=48).

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
18 a 29	0	00,0
30 a 49	25	52,1
50 a 59	11	22,9
60 a 79	12	25,0
>80 anos	0	00,0
Profissão		
Do lar	20	41,7
Aposentada	10	20,8
Outros*	18	37,6
Naturalidade		
Teresina	6	12,5
Interior do Piauí	33	68,8
Outros estados	9	18,8
Procedência		
Teresina	32	66,7
Interior do Piauí	16	33,3
Estado civil		
Solteira	5	10,4
Casada	27	56,3
Separada	9	18,8
Viúva	7	14,6
Cor/raça		
Branca	4	8,3
Negra	8	16,7
Parda	35	72,9
Indígena	1	2,1
Nível de escolaridade		
Analfabeto	5	10,4
Ensino fundamental incompleto	19	39,6

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	n	%
Ensino fundamental completo	6	12,5
Ensino médio incompleto	6	12,5
Ensino médio completo	9	18,8
Ensino superior incompleto	1	2,1
Ensino superior completo	2	4,2
Filhos		
Sim	46	95,8
Não	2	4,2
Quantidade de filhos		
0	2	4,2
Um	3	6,3
Dois	13	27,1
Três	11	22,9
Quatro ou mais	19	39,6
Quantidade de pessoas que mora com você		
Uma	10	20,8
Duas	8	16,7
Três ou mais	27	56,3
Nenhuma	3	6,3
Renda individual (salário-mínimo)		
Menos de um	9	18,8
Um	22	45,8
Dois	5	10,4
Três ou mais	3	6,3
Sem renda	9	18,8
Renda familiarI (salário-mínimo)		
Menos de um	6	12,5
Um	13	27,1
Dois	22	45,8
Três ou mais	7	14,6

*Autônomas, domésticas, funcionárias de empresa de confecção e recepcionistas.

arterial, dislipidemia e doença neurológica. No tocante aos antecedentes pessoais, apresenta obesidade, doença neurológica, dislipidemia e hipertensão arterial, segundo Tabela 2.

Prevaleram como fatores de risco associados à IU consumo de cafeína, histórico de cirurgia ginecológica, histórico de infecção urinária e prática de atividade física. Em menores porcentagens, mas não menos importante, ingestão hídrica diária de 2 L, problema de constipação intestinal e uso de anti-hipertensivo, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Com relação ao tempo de início dos sintomas da IU, 43,8% (21) apresentaram a perda involuntária de urina entre um e cinco anos; 27,0% (13) havia há mais de cinco anos; 18,8% (9) havia há um ano; e 10,4% (5) há menos de um ano.

Sobre a caracterização do tipo de IU, 89,6% (43) das participantes do estudo apresentaram perda de urina ao espirrar; 83,3% (40) ao tossir; 75,0% (36) antes de chegar ao banheiro; e 37,5% (18) durante a prática de atividade física.

Entre as atitudes comportamentais exibidas pelas mulheres examinadas, 54,2% (26) disseram que procuram ficar próximas ao banheiro quando saem de casa; 41,7% (20) fazem uso de absorvente ou forro para minimizar o odor da urina ou não molhar a roupa íntima; 25% (12) têm preferência em usar roupas escuras durante o dia; 8,3% (4) fazem uso de perfumes com fragrâncias fortes para mascarar o odor da urina; e 4,2% (2) fazem controle de ingestão hídrica.

Tabela 2. Antecedentes familiares e pessoais das mulheres com incontinência urinária de Teresina (PU), em 2016 (n=48).

Variáveis	Antecedentes familiares		Antecedentes pessoais	
	n	%	n	%
Doença renal	17	35,4	6	12,5
Hipertensão arterial	38	79,2	17	35,4
Dislipidemia	25	52,1	17	35,4
Diabetes mellitus	21	43,8	6	12,5
Obesidade	22	45,8	20	41,7
Doença neurológica	25	52,1	19	39,6

Tabela 3. Fatores de risco associados à incontinência urinária apresentados pelas mulheres participantes do estudo de Teresina (PI), em 2016 (n=48).

Fatores de risco para incontinência urinária	n	%
Uso de anti-hipertensivo		
Sim	16	33,3
Não	32	66,7
Uso de hipoglicemiante		
Sim	3	6,3
Não	45	93,8
Prática de atividade física		
Sim	27	56,3
Não	21	43,8
Problema de constipação intestinal		
Sim	19	39,6
Não	29	60,4
Histórico de infecção urinária		
Sim	30	62,5
Não	18	37,5
Histórico de cirurgia ginecológica		
Sim	42	87,5
Não	6	12,5
Consumo de álcool		
Sim	9	18,8
Não	39	81,3
Consumo de tabaco		
Sim	1	2,1
Não	47	97,9
Consumo de cafeína		
Sim	47	97,9
Não	1	2,1
Ingestão hídrica/dia		
Menos de 1 L	4	8,3
1 L	13	27,1
2 L	23	47,9
3 L ou mais	8	16,7

Em relação ao autocuidado com a IU, 33,3% (16) das participantes relataram que procuraram o médico quando perceberam a perda involuntária de urina; 35,4% (17) receberam orientações sobre a doença; 25,0% (12) conhecem o diagnóstico médico da sua doença; 22,9% (11) têm dificuldades para lidar com a perda involuntária de urina; 14,6% (7) utilizaram ou utilizam alguma medida de prevenção para a IU; e 12,5% (6) realizaram algum tipo de tratamento.

Considerando as dificuldades em lidar com a IU e o fato de a doença interferir negativamente nas relações interpessoais, profissionais e sexuais, 31,3% (15) das participantes do estudo afirmaram que a IU atrapalha seu desempenho durante as atividades profissionais e as relações sexuais, e 29,2% (14) relataram que a IU atrapalha as relações interpessoais.

DISCUSSÃO

A IU é uma doença que acomete as mulheres em diferentes fases do ciclo vital, desde jovens a idosas. A incidência da doença aumenta com o avançar da idade, sendo a ocorrência de IU menor em mulheres jovens e adultas jovens (26,5%) do que em idosas (41%)¹⁴.

O processo de envelhecimento é um dos principais fatores de risco da IU, visto que, com o passar dos anos, acontecem a diminuição das fibras de colágeno e a substituição de tecido muscular por tecido adiposo, contribuindo para a redução da contratilidade dos músculos do assoalho pélvico e da capacidade de armazenamento da bexiga. Além disso, há interferência da variação dos hormônios na pós-menopausa¹⁵.

Apesar de estudos anteriores apresentarem maior incidência de IU em idosas, esse dado não foi encontrado na presente pesquisa, tendo em vista que foi desenvolvida em um ambulatório para consultas especializadas, o que pressupõe, pelos resultados achados, que as idosas estariam em consultas geriátricas em instituições de saúde de longa permanência, e que, muitas vezes por já estarem acomodadas, não buscam tratamento, e pela dificuldade de locomoção e falta de acompanhante durante as consultas.

Conforme a Tabela 1, em mulheres jovens entre 18 e 29 anos, não foi relatada a doença, tão pouco em idosas com idade igual ou superior a 80. O pico de IU ocorreu em adultas jovens com faixa etária entre 30 e 49 anos (52,1%), com

declínio entre 50 e 59 anos (22,9%) e um pequeno aumento na faixa de 60 a 79 anos (25,0%), divergindo da literatura, que mostra elevação da incidência da doença com o processo de envelhecimento.

Outro fator que também pode contribuir para a não procura do serviço de saúde é o financeiro, pois se observa na Tabela 1 que 45,8% das participantes do estudo têm renda individual de um salário-mínimo. Considerando que 56,3% dessas mulheres residem com três ou mais pessoas e, apesar de 45,8% da renda familiar ser de dois salários-mínimos, isso ainda não é o suficiente para arcar com as despesas familiares e com os custos com saúde.

Os resultados mostraram que há um movimento migratório do interior para a capital, pois 68,8% (33) das mulheres integrantes da investigação relataram ser naturais do interior do Piauí e 66,7% (32) atualmente residirem em Teresina. Esse movimento migratório justifica-se pela busca das famílias por melhores condições de saúde, estudo e trabalho.

A maioria dos estudos sobre IU é realizada com mulheres brancas, contudo há comprovação científica de que essas mulheres têm maior suscetibilidade à doença dos que as afrodescendentes⁶. Em uma análise com mulheres incontinentes, os resultados mostraram prevalência de IU naquelas com etnia caucasiana, mas, após o ajuste da análise, os resultados indicaram a predominância da IU em negras, mulatas e amarelas⁸. Esse estudo corrobora a presente pesquisa, pois a doença teve maior prevalência em mulheres pardas (72,9%), seguidas pelas negras (16,7%), e em menores números em brancas (8,3%) e indígenas (2,1%). Tal fato é justificado pelo fato de o Brasil ser um país com grande miscigenação da sua população, quando comparado a outros países.

Com relação ao nível de escolaridade, uma pesquisa com idosas mostrou a predominância da doença nas mulheres com ensino médio (44,4%) e ensino fundamental (32,5%), alcançando também o ensino superior (20,3%)⁵, o que contradiz o presente artigo, pois os resultados demonstraram baixa escolaridade das mulheres: 19 (39,6%) possuem ensino fundamental incompleto; e cinco (10,4%) não são alfabetizadas. Um número muito baixo (4,2%), porém, atingiu o ensino superior.

Apesar da disponibilização do Governo de programas de educação para diminuir o analfabetismo, percebe-se que ainda existe a desmotivação das mulheres em dar continuidade aos estudos já na meia-idade, como também a prioridade em trabalhar para suprir suas necessidades, a influência cultural e a imposição social — o homem, por

ser o provedor da família, era o encarregado de trazer o sustento para todos, cabendo à mulher o papel de cuidar dos filhos e da casa.

A multiparidade é outro fator predisponente à IU, pois o peso do abdome gravídico sobre o assoalho pélvico e o número de partos vaginais podem ocasionar traumas no assoalho pélvico, proporcionando futuramente o desenvolvimento da doença⁶. Os resultados mostraram que a média de filhos das participantes do estudo foi de dois (27,1%) e três (22,9%) e que houve quantidade significativa de mulheres (39,6%) com quatro ou mais filhos, o que enaltece a multiparidade como uma das inferências para a gênese da doença.

Observa-se, na Tabela 2, que houve repercussão das doenças familiares sobre os antecedentes pessoais das mulheres. A dislipidemia e a obesidade geralmente estão associadas às doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e elas têm relação hereditária, o que explica a presença dessas doenças nas participantes do estudo. O sobrepeso e a obesidade dispõem à IU, pois o aumento da pressão abdominal gera perda involuntária de urina, e, conforme a Tabela 2, a obesidade foi a variável que predominou nos antecedentes pessoais⁶.

Um estudo dos Emirados Árabes Unidos, realizado com 300 mulheres diabéticas do tipo 2, revelou que a duração da diabetes, a idade e a obesidade são as variáveis responsáveis pela IU. Entre as mulheres com diabetes, 62,7% (188) relataram ter IU, das quais 48% (90) afirmaram ter semanalmente um episódio de perda involuntária de urina¹⁶.

Das participantes do presente estudo, 89,6% são multiparas, 70,8% possuem histórico de parto vaginal, e 43,8% parto cesáreo e já se submeteram a algum tipo de cirurgia ginecológica. Visualiza-se que as variáveis ginecológicas e obstétricas são fatores predisponentes para a IU.

Uma pesquisa de São Paulo sobre a prevalência de IU e disfunção muscular do assoalho pélvico em primíparas dois anos após o parto cesáreo mostrou que a incidência de IU foi de 17% após o parto vaginal e 18,9% depois da cesariana e que houve aumento para o risco de posterior disfunção do assoalho pélvico, com elevação do peso durante o período gravídico¹⁷. Já uma pesquisa sueca, que teve como objetivo investigar a prevalência de IU após 10 anos de realização do parto, expôs que a incidência da IU após o parto vaginal foi de 10,1% em comparação com 3,9% após a cesariana e que o aumento do risco de IU em mulheres obesas mais do que duplicou em comparação com as mulheres com IMC normal após o parto vaginal e mais que triplicou depois da cesariana¹⁸.

A SBU mostra que há conjectura de que mulheres depois da menopausa e gestantes, durante ou após o parto, vão manifestar algum tipo de ocorrência de perda de urina, com porcentagens de 35 a 40, respectivamente¹⁹.

A IU desperta a atenção dos profissionais da área da saúde por conta da sua multifatoriedade e das consequências na QV dos pacientes²⁰. Os fatores de risco mais comuns são: idade, raça, hereditariedade, IMC, obesidade, número de gestações e de partos vaginais, deformidades do assoalho pélvico ocasionadas por cirurgias ginecológicas e episiotomia, menopausa, consumo de tabaco e outros tipos de drogas, uso de medicamentos e prática de atividades físicas rigorosas, doenças como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias recorrentes, alterações neurológicas e bioquímicas ocorridas com o avançar da idade e depressão^{15,21}.

Com relação ao consumo de cafeína, uma pesquisa sueca mostrou que o consumo de café e chá tem efeitos limitadores sobre os sintomas de IU, pois nas mulheres que indicaram maior consumo de café houve a prevalência dos três tipos de IU, e o consumo de duas xícaras de chá por dia aumentava as chances (34,0%) para bexiga hiperativa nas mulheres, em comparação com as não consumistas de chá²². Apesar de a presente análise não ter especificado os tipos de alimento que contêm cafeína, os valores para o seu consumo são alarmantes (97,9%), superando os do consumo do álcool (18,8%) e tabaco (2,1%).

O histórico recorrente de infecções do trato urinário pode ter relação temporal com a IU, daí a necessidade de o profissional de saúde solicitar exames como sumário de urina e urocultura para eliminar a hipótese de infecção urinária. Confirmadas as infecções recorrentes do trato urinário, a paciente deve ser encaminhada para a avaliação de um urologista e receber o tratamento adequado, pois quando corrigidas as causas transitórias, os sintomas da IU podem ser resolvidos³. Observa-se na Tabela 3 que 62,5% das participantes do estudo se referiram a histórico de infecção urinária.

As atividades físicas, apesar dos seus benefícios para a prevenção de muitas doenças, podem desencadear IU quando em alto impacto ou realizada de forma incorreta, sem o acompanhamento adequado de um educador físico, levando ao desenvolvimento da doença não apenas em mulheres multiparas, como, conforme; p pesquisas que comprovam o surgimento da IU, em nulíparas¹⁴.

No tocante ao tempo de início dos sintomas da IU, constatou-se a negligência das mulheres com relação a sua

saúde, pois quando resolvem buscar tratamento a doença se encontra em um estágio mais avançado, ocasionando maior incômodo. O que é mais preocupante é que a maioria das mulheres participantes do estudo buscou atendimento não para a IU, mas para outros problemas de saúde que naquele momento mais a preocupava, o que justifica a demora em procurar tratamento em um serviço de saúde especificamente para IU, o que ocorre após um intervalo de um a cinco anos do começo dos sintomas.

Com relação ao tipo de IU, observou-se que houve prevalência de IU mista (IUM), seguida de IU de esforço (IUE) e IU de urgência (IUU), dados semelhantes aos do estudo realizado pela Universidade Federal de Pelotas com idosas⁵ e do de São Paulo, no qual a maioria das mulheres (44,16%) apresentou IUM, 40,26% foram diagnosticadas como IUE e 15,58% com hiperatividade vesical (HV) ou IUU. A literatura comumente traz a IUE como o tipo de IU mais prevalente entre as mulheres, podendo variar de 12 a 56%²³.

Os dados da presente pesquisa divergem da investigação que mostra a realidade de mulheres com IU atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina, cujos dados revelam a prevalência da IUE (60%), seguida de IUU (28,2%) e, por último, IUM (12%)²⁴, por esta ter sido desenvolvida em um ambulatório de serviços especializados e a Unidade Básica de Saúde estar mais próxima da comunidade, proporcionando acesso simplificado e facilidades para a marcação de consultas, o que contribui com o contato inicial por parte das mulheres que relatam perda involuntária de urina.

Observou-se que as participantes do estudo são omisssas e displicentes quanto à procura de tratamento para a IU, fato que justifica os números encontrados. Ao mostrar as razões pela não procura das mulheres por tratamento nos serviços de saúde, entre elas destacam-se: sentir vergonha, acreditar que a perda involuntária de urina seja um sintoma fisiológico do processo de envelhecimento, não acreditar na melhora com o tratamento, desconhecer onde buscar tratamento, ter medo, ter vergonha em realizar consulta com os profissionais de saúde, pagar um alto valor pelas consultas e não identificar ou não notar a importância da doença pelos profissionais²⁵.

Embora a IU seja uma doença comum, principalmente nas mulheres, ainda é pouco diagnosticada, uma vez que as pacientes ponderam a perda de urina como um sintoma natural do processo de envelhecimento e que, aliada

ao medo de constrangimentos, faz com que tais mulheres acabem procurando tratamento cada vez mais tarde, quando a doença já está em um quadro mais avançado e que se acentua após a menopausa^{21,26}. Um estudo realizado em Porto Alegre demonstrou que 75% das mulheres com IU levaram cerca de três anos para procurar um serviço de saúde¹⁰.

Além disso, estigmas e episódios identificados como microagressões são experimentados por mulheres com IU, sendo a principal o sofrimento psicológico, que leva as mulheres incontinentes a reduzir seus contatos sociais e atividades por medo de serem descobertas como incontinentes²⁷.

Esse dado desperta a atenção do profissional enfermeiro, pois por ser o profissional mais próximo do paciente, ele pode orientar as mulheres incontinentes sobre a doença e como conviver com ela, sem deixar que a IU interfira negativamente na QV, além de também identificar os sintomas da doença e contribuir para o diagnóstico do problema.

A doença causa impacto negativo na QV das mulheres, pois há transformações social, profissional, sexual e mental. Para evitar os constrangimentos ocasionados pela perda involuntária de urina, elas acabam adotando determinados comportamentos, como o uso de fraldas e roupas escuras e o isolamento social, o que contribui para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade, baixa autoestima, sentimento de tristeza e problemas de convívio social e sexual²³.

Apesar de muitos estudos mostrarem que a IU interfere na QV das mulheres^{2,5,10,11,28} nas relações interpessoais, profissionais e sexuais, a presente pesquisa os contradiz, pois se verificou que a doença não compromete as atividades diárias nem as relações interpessoais e sexuais das mulheres participantes da análise, pois estas aprenderam a conviver com a IU, procurando mudar suas atitudes comportamentais para contornar as situações ocasionais pela perda involuntária de urina, como também as integrantes do estudo relataram que não desenvolveram nenhum tipo de transtorno psicológico associado à IU.

Um estudo da Suécia corrobora a presente pesquisa, pois das 206 mulheres incontinentes, 49 (34%) tiveram perda de urina durante a atividade sexual, comumente durante a penetração e o orgasmo; e 32 (65%) adotaram como medidas: realizar o esvaziamento da bexiga antes da relação sexual, interromper o ato sexual para ir ao banheiro, colocar toalhas na cama e evitar posições que contribuíssem para o aumento da perda de urina²⁹.

CONCLUSÕES

Em relação à caracterização das participantes da pesquisa, a maioria das mulheres era adulta jovem, com faixa etária entre 30 e 49 anos, procedente de Teresina, parda, casada, com dois ou três filhos em média, vínculo empregatício não remunerado e ensino fundamental incompleto como nível de escolaridade.

Os principais fatores de risco para IU apresentados pelas participantes do estudo foram: idade, consumo de café, histórico de cirurgias ginecológicas e de infecções recorrentes do trato urinário inferior, obesidade, consumo de cafeína, prática de atividade física, doenças familiares e antecedentes pessoais.

A maioria das participantes iniciou a perda involuntária de urina entre o período de tempo de um a cinco anos. Elas se referiram à perda de urina ao espirrar, tossir, durante a prática de atividade física e antes de chegar ao banheiro. Como atitudes comportamentais, adotaram ficar próximas ao banheiro ao sair de casa e fazer o uso do absorvente ou forro para minimizar o odor da urina e evitar molhar a roupa íntima.

No tocante ao autocuidado, a maioria das mulheres relatou que não procurou o médico quando percebeu a perda

involuntária de urina, não realizou tratamento, não sabe o diagnóstico da sua doença e tem dificuldade para lidar com a IU, mas que a doença não atrapalha as suas atividades profissionais, sexuais nem interpessoais.

O estudo possibilitou conhecer a realidade das mulheres com IU que buscam assistência à saúde em um hospital público de ensino, trazendo números que se aproximam aos de estudos anteriores sobre a temática.

Sugere-se que mais pesquisas a respeito da temática sejam realizadas pelos profissionais enfermeiros, pois grande parte dos estudos presentes na literatura foi desenvolvida por médicos e fisioterapeutas. O enfermeiro, por ser o profissional que está mais acessível à população, pode abordar a IU durante as consultas e promover atividades com o objetivo de ajudar as mulheres a conhecer melhor a doença e os seus cuidados, como também dar o suporte necessário para o enfrentamento do problema, não permitindo que a IU interfira na QV dessa clientela.

Ressalta-se como limitação deste estudo a restrição do tamanho da amostra, cujos resultados são pontuais e não podem ser generalizados.

REFERÊNCIAS

1. Prado DS, Lima TI, Mota VP. Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ciênc Med Saúde*. 2013;2(2):12-7.
2. Knorst MR, Royer CS, Basso DM, Russo JS, Guedes RG, Resende TL. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. *Fisioter Pesq*. 2013;20(3):204-9.
3. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87(8):543-50.
4. Nardoza Júnior A, Reis RB, Campos RS, editors. *Manu: manual de urologia*. São Paulo: PlanMark; 2010.
5. Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):721-30.
6. Oliveira E, Lozinsky AC, Palos CC, Ribeiro DD, Souza AM, Barbosa CP. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(9):454-8.
7. Leroy LS, Lopes MH, Shimo AK. Incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):692-701.
8. Sacomori C, Negri NB, Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1251-9.
9. Berlezi EM, Fiorin AA, Bilibio PV, Kirchners RM, Oliveira KR. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(3):415-23.
10. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(2):109-16.
11. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014;14(2):147-54.
12. Higa R, Rivorêdo CR, Campos LK, Lopes MH, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):627-35.
13. Piovesan LM, Lopes MH. Avaliação clínica da incontinência urinária. *Rev Estima*. 2011;9(3):27-34.
14. Patrizzi LJ, Viana DA, Silva LM, Pegorari MS. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2014;22(3):105-10.
15. Justina LB. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Inspirar*. 2013;24(3):7-13.
16. Bani-Issa W, Fakhry R, Momani FA. Urinary incontinence in Emirati women with diabetes mellitus type 2: prevalence, risk factors and impact on life. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3084-94.

17. 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. *Sao Paulo Med J*. 2013;131(2):95-9.
18. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*. 2012;120(2):144-51.
19. Sociedade Brasileira Urologia [Internet]. SBU; 2015 [updated 2015 Mar 13; cited 2015 Apr 23]. Available from: www.sbu.org.br/publico/?doencas-urologicas&p=1043
20. Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Bruggemann OM, Sperandio FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciênc Saúde Col*. 2012;17(10):2703-15.
21. Higa R, Lopes MH, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92.
22. Tettamanti G, Altman D, Pedersen NL, Bellocco R, Milsom I, Iliadou AN. Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins. *BJOG*. 2011; 118(7):806-13.
23. Dedicção AC, Haddad M, Saldanha ME, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):116-22.
24. Benício CD, Luz MH. Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Estima*. 2014;12(3):58.
25. Silva L, Lopes MH. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):72-8.
26. Mello ME. Repercussões psicossociais e familiares da incontinência urinária feminina [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2010.
27. Heintz PA, DeMucha CM, Deguzman MM, Softa R. Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*. 2013;33(6):299-305.
28. Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Barrera-Ortiz L. Incontinencia y enfermedad crónica. *Aquichan*. 2013;13(3):421-32.
29. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist HA, Lalos A. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life?. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(6):621-8. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01120.x.

A Pessoa com Estomia e o Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes pelo Sistema Único de Saúde

The Person with Stoma and the Supply of Collecting and Adjuvant Equipment by the Brazilian Unified Health System

El Persona con Estomia y el Suministro de Equipamientos Colectores y Adyuvantes por el Sistema Único de Salud Brasileño

Ana Paula Hey¹, Laís Adriana do Nascimento²

RESUMO

Introdução: Os estomas caracterizam-se pela exteriorização cirúrgica de uma víscera oca. Para proteger a pele e armazenar o conteúdo eliminado pelo estoma, são utilizados equipamentos coletores. No Brasil, esses materiais são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pela Portaria do Ministério da Saúde 400/2009. Objetivo: Analisar a percepção de estomizados a respeito do fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para estomia pelo SUS. Método: Estudo qualitativo realizado em uma organização não governamental, sem fins lucrativos, localizada em Curitiba, no estado de Paraná, que teve o intuito de contribuir para a integração social e o autocuidado do estomizado. Esta investigação contou com a participação de sete sujeitos estomizados que se enquadraram nos critérios de inclusão por possuírem estomas de eliminação há um ano ou mais; terem os equipamentos coletores fornecidos pelo SUS e aceitarem participar do estudo, ao assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi realizado por meio de entrevistas, com cinco questões abertas, as quais foram gravadas e transcritas para posterior análise, seguindo o método proposto por Bardin. Resultados: Foram estruturadas três categorias sobre percepções relacionadas ao equipamento fornecido, à quantidade de equipamentos fornecidos e ao local de recebimento dos equipamentos. Conclusões: Os discursos evidenciaram percepções positivas acerca do fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes pelo SUS em Curitiba, destacando-se o local de recebimento e a regularidade no fornecimento deles. Observaram-se, nas narrativas, percepções desafiadoras para a melhoria no processo de fornecimento, no que concerne à quantidade de materiais e à análise das necessidades individuais.

DESCRITORES: Estomia. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

Introduction: Stomata are characterized by the surgical externalization of hollow guts. Collector equipment is used to protect the skin and store the contents eliminated by stomata. The Brazilian Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese) supplies these materials in Brazil, as advocates the Ordinance of the Ministry of Health no. 400/2009. Objective: To analyze the perception of ostomized subjects regarding the supply of ostomy collector and adjuvant equipment by SUS. Method: This is a qualitative research carried out in a non-profit non-governmental organization, located in Curitiba, Paraná state, Brazil, with the aim of contributing to the social integration and self-care of ostomized subjects. This study included the participation of seven ostomized subjects that fit the inclusion criteria for having stomata elimination symptoms for a year or more; for having the collector equipment provided by SUS, and for agreeing to participate in the study by signing an informed consent. The study was conducted by means of interviews,

¹Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), Centro Universitário UniBrasil – Curitiba (PR), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Alfredo Heisler, 216 – Bacacheri – CEP: 82600-470 – Curitiba (PR), Brasil – E-mail: anapaulahey@hotmail.com

²Enfermeira no Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba (PR), Brasil.

Artigo recebido em: 31/03/2015 – Aceito para publicação em: 25/04/2016

with five open questions, which were recorded and transcribed for further analysis, following the method proposed by Bardin. Results: Three categories regarding the perceptions related to equipment provided, to the amount of equipment provided, and to the reception location of the equipment were structured. Conclusions: The speeches showed positive perceptions about the supply of collector and adjuvant equipment by SUS in Curitiba, with emphasis on the reception location and regularity in their provision. It was observed in the narratives challenging perceptions regarding the improvement in the supply process, concerning the amount thereof and the analysis of individual needs.

DESCRIPTORS: Ostomy. Nursing. Stomatherapy.

RESUMEN

Introducción: Los estomas se caracterizan por la externalización quirúrgica de una víscera hueca. Para proteger la piel y almacenar el contenido eliminado por el estoma, se usan equipos colectores. En Brasil, estos materiales son suministrados por el Sistema Único de Salud (SUS), como preconizado por la ordenanza del Ministerio de Salud 400/2009. Objetivo: Analizar la percepción de estomizados sobre el suministro de equipos colectores y aditivos para ostomía por el SUS. Método: Investigación cualitativa realizada en una organización no gubernamental y sin fines de lucro, ubicada en Curitiba, en el estado de Paraná, Brasil, que pretendió contribuir a la integración social y al autocuidado al estomizado. El estudio tuvo la participación de siete estomizados que cumplieron los criterios de inclusión por poseyeren los estomas de eliminación durante un año o más, los equipos colectores proporcionados por el SUS y aceptaren participar en el estudio, firmando un consentimiento informado. El estudio se realizó mediante entrevistas con cinco preguntas abiertas, que fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis, siguiendo el método propuesto por Bardin. Resultados: Fueron estructuradas tres categorías sobre las percepciones relacionadas con el equipo suministrado, la cantidad de equipo proporcionado y la ubicación de recepción del equipo. Conclusión: Los discursos demostraron percepciones positivas sobre el suministro de equipos colectores y adyuvantes por el SUS en Curitiba, destacándose la ubicación de recepción y la regularidad en el suministro. Se observó en las narraciones percepciones desafiantes para la mejora en el proceso de suministro, con respecto a la cantidad de éstos y el análisis de las necesidades individuales.

DESCRIPTORES: Ostomía. Enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

No que concerne à indicação e ao fornecimento de equipamentos coletores para estomia, reforça-se que tais materiais são caracterizados por bolsas e placas utilizados para proteger a pele e armazenar o conteúdo eliminado pelo estoma. Para que o equipamento coletor seja adequado ao estomizado, existem qualidades essenciais que devem ser observadas, tais como o ajustamento adequado ao estoma, garantindo a integridade da pele periestoma; o seu fácil manuseio e a longa duração de sua adesão à pele, como forma de economia^{1,2}, utilizando de forma adequada o orçamento local³. Além disso, o coletor não deve permitir vazamento do efluente e deve prevenir a irritação da pele.

Ressalta-se ainda que o equipamento coletor é um dos dez direitos do estomizado, segundo a *International Ostomy Association*⁴. Porém, esta norma é permeada por intensas variações na qualidade, na quantidade e no perfil de assistência ao estomizado entre os diversos países do mundo, mesmo havendo recomendações para o cuidado a esses pacientes¹. No Brasil, tais diferenças também estão presentes nas

diversas regiões, o que pode representar nuances importantes na satisfação do estomizado em relação ao fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes.

Baseando-se em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e em cálculos internacionais, estimou-se uma população brasileira estomizada de aproximadamente 170.000 pessoas, em 2000⁵. Considerando o aumento de doenças crônicas como câncer, traumas e outros agravos que podem gerar indicação para uma estomia, pensa-se que a prevalência de indivíduos estomizados tenha crescido ainda mais.

O gasto mensal que esses indivíduos podem ter com a estomia é variável; porém, quando não há um planejamento adequado do cuidado ao estomizado, o que inclui fornecimento e acompanhamento adequados de uso dos equipamentos coletores, o custo pode ser alto⁵.

No entanto, o estomizado acompanhado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem direito ao recebimento dos equipamentos coletores e adjuvantes, conforme prevê as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas⁶. Essas estabelecem a criação de uma rede de

atenção própria a esse público, que forneça equipamentos coletores e adjuvantes a eles, além de outras orientações. O fornecimento desses itens deverá ocorrer de acordo com a listagem promulgada, que especifica quais equipamentos coletores e adjuvantes serão disponibilizados, bem como a quantidade fornecida mensalmente para cada estomizado⁶.

Além da legislação citada, a Portaria 793⁷, que promulga a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, da qual o estomizado faz parte, reforça a garantia de que o SUS forneça os equipamentos coletores aos estomizados. Esta não especifica quais equipamentos serão disponibilizados à população estomizada, porém, no artigo 17º, os itens III e IV informam que os equipamentos coletores fornecidos pelo serviço devem ser criteriosamente escolhidos de acordo com a necessidade individual, garantindo sua eficiência⁷. Considera-se, portanto, que os equipamentos coletores serão fornecidos de acordo com a necessidade de cada sujeito, visto a imensa variedade de itens disponíveis.

Vale enfatizar que, apesar de tais materiais serem fornecidos pelo SUS, sua oferta é regulada quanto ao número de equipamentos coletores disponibilizados mensalmente pelo serviço de saúde de cada município. Ressalta-se que esse número nem sempre supre as necessidades individuais de cada pessoa⁸.

Alinhado a isso, o indivíduo estomizado, durante o processo reabilitatório, enfrentará diversos fatores estressores, os quais poderão afetar a sua saúde psicossocial. Tais estressores podem permear tanto a fase de internação hospitalar, incluindo a formação do estoma e a preparação para o autocuidado, como a fase após a alta, com a adaptação às mudanças do corpo, a sexualidade alterada, o impacto sobre a vida e as atividades sociais⁹. Dentre estes estressores, podem estar presentes aspectos referentes à indicação e adaptação aos equipamentos coletores.

Assim, justifica-se a importância de acompanhamento do estomaterapeuta¹⁰ e demais membros da equipe multiprofissional em todas as etapas da atenção à pessoa estomizada, o que inclui o processo de fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes. Ressalta-se que tal ação compreende a correta indicação e o acompanhamento de seu uso, e não apenas da dispensação¹¹.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos estomizados sobre o fornecimento de equipamentos coletores para estomia pelo SUS.

MÉTODOS

Para a realização deste estudo, foi utilizada a pesquisa de campo com enfoque qualitativo. A coleta de dados foi realizada em uma organização não governamental sem fins lucrativos, localizada em Curitiba, no estado do Paraná, cujo objetivo é auxiliar na integração social e contribuir para a melhoria do autocuidado aos estomizados.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: indivíduos com estomas de eliminação como urostomias, ileostomias e colostomias; que se apresentavam na condição de estomizados há um ano ou mais; que participaram das reuniões na referida organização; que utilizavam equipamentos coletores fornecidos pelo SUS e que aceitaram participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram: indivíduos na situação de estomizados há menos de um ano; que tivessem o fornecimento de equipamentos coletores por outros meios, e não pelo SUS; que não participavam das reuniões de tal organização ou que não aceitaram participar do estudo.

O estudo incluiu sete sujeitos, por meio da saturação de amostra. Esta ocorreu no período da coleta de dados, no momento em que pouco de substancial novo apareceu nos discursos¹².

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2014. Os estomizados foram convidados a participar da entrevista referente ao estudo, e os que aceitaram participar foram encaminhados, individualmente, para uma sala privativa.

As entrevistas foram individuais, semiestruturadas, compostas por três questões abertas, sendo elas: “Desde o início, como o(a) senhor(a) fez para receber os materiais para a sua estomia?”; “Hoje, como é o processo para o recebimento desses materiais utilizados durante o mês?” e “Qual é a sua opinião sobre o fornecimento dos materiais utilizados para cuidar do seu estoma?”. As respostas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os participantes foram identificados pela palavra “Entrevistado”, seguidos dos números de um a sete.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin¹³. Nesse método, a frequência da repetição de palavras ou frases significativas, nos diferentes discursos, pode caracterizar o objeto de pesquisa e análise. Esta é dividida em três etapas, a saber: pré-análise, em que foram identificados os núcleos dos discursos;

exploração do material, na qual os discursos foram categorizados, e inferência e compreensão, momento em que foi realizada uma nova leitura dos discursos já categorizados, buscando-se a essência da fala do sujeito.

O estudo obedeceu às exigências éticas previstas na Resolução 466/2012¹⁴ do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, preservou-se a identidade dos participantes e da instituição onde os dados foram coletados. As entrevistas foram realizadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, sob o número CAEE 19742313.8.0000.0103.

RESULTADOS

Diante dos discursos obtidos nas entrevistas, foram criadas três categorias de análise, intituladas: percepções relacionadas ao equipamento coletor fornecido; percepções relacionadas à quantidade de equipamentos coletores fornecidos e percepções relacionadas ao local de recebimento dos equipamentos coletores.

Percepções relacionadas ao equipamento coletor fornecido

Esta categoria enfatiza a percepção dos participantes no que se refere às características dos equipamentos coletores fornecidos pelo SUS. Os relatos denotam um mosaico de opiniões sobre os equipamentos fornecidos, destacando-se pontos positivos no fornecimento, bem como desafios a serem vencidos.

Como pontos fortes, os discursos mostram a qualidade do material adquirido pelo município e a qualidade no atendimento do polo de fornecimento, como observado:

Ultimamente, acho que faz uns seis meses, o SUS mandou para mim um outro tipo de bolsa. Eu usava uma que era grande, uma coisa enorme, daí eu passei para essa que é pequeninha, que eu gostei porque é mais prática, incomoda menos e tal [...] O material é bom, é uma maravilha (Entrevistado 2).

Em relação aos desafios correlacionados aos equipamentos coletores fornecidos, as percepções dos participantes descrevem a dificuldade no fornecimento de equipamentos que contemplem as necessidades individuais de cada estomizado, que deveria incluir também suas preferências,

bem como a mudança na marca e nas especificidades desses materiais, as quais, em função do processo licitatório, por vezes tornam-se um complicador, como se evidencia nessas narrativas:

Essa marca que eu uso teve um período em que eu senti dificuldade, porque uma outra empresa ganhou a licitação. A marca que eu usava não ganhou a licitação. Então, era aquela história: quando eu conseguia trocar com alguém, eu trocava, ou eu comprava, até o posto fornecer mais opções de escolha. (Entrevistado 4).

Há ainda nos discursos percepções que revelam a dificuldade na adaptação de alguns estomizados ao equipamento coletor fornecido por não se adequarem ao material, tendo que recorrer à compra ou doação do material por terceiros. Essa situação está evidenciada nesses relatos:

Teve um mês ou dois no ano passado que eles mudaram alguma coisa do equipamento, que era um equipamento que eu não gostava, eu não quis. E daí, inclusive, doei o que eles me deram, porque não dá para devolver (Entrevistado 5).

A gente ouve às vezes pessoas reclamando que ficou a marca que ganhou a licitação e que eles não têm como comprar outra marca. Por que fica limitado a uma marca só? Cada pele é uma pele, né? (Entrevistado 4).

Será que eu estava repudiando a bolsinha? Será que eu estava não querendo receber aquela bolsinha? Por isso que ela descolava e tudo mais? Então, fui solicitar um outro modelo de bolsa que me garantisse isso. E a moça me garantiu que eles não têm. Eu fui lá! Eu quis devolver aquelas e pegar as melhores, né? As que serviam melhor para o meu uso. Mas ela disse que eles não têm. (Entrevistado 6).

Percepções relacionadas à quantidade de equipamentos coletores fornecidos

A segunda categoria apresenta as percepções dos participantes com relação à quantidade de equipamentos coletores fornecidos no polo, ou seja, a cota estipulada ao fornecimento mensal de materiais no município de Curitiba e região metropolitana. Essa cota mensal pode ser de 7 ou 10 equipamentos, de acordo com o tipo de estoma.

Em relação a esse tema, as percepções são dicotômicas, visto que parte dos participantes ressalta a inadequação do sistema de cotas, já que o número é insuficiente para suas demandas. Por outro lado, parte dos sujeitos enfatiza a adequação no que tange à quantidade fornecida.

Seguem narrativas que evidenciam a inadequação quanto ao número de equipamentos fornecidos:

Eles me dão dez. Só que dez para mim, não dá! Eu tenho que comprar (Entrevistado 7).

O que a gente ouve muito de reclamação é que o número de bolsas é limitado àquele número e não tem acerto para aquilo. Olha, tem que trabalhar, né? Se privar de comer muita coisa para não perder a bolsa, né? (Entrevistado 4).

[...] eu já cheguei a comprar algumas vezes, porque eu perdia as dez que me davam para o mês. Às vezes não bastavam, o mês continuava e a bolsinha tinha terminado (Entrevistado 6).

Porém, como descrito, para alguns participantes, a cota de fornecimento mensal estava adequada às suas necessidades, conforme narrativas:

Pego dez bolsas, mas é suficiente. Cada uma dura mais ou menos três dias, às vezes tem que aguentar mais (Entrevistado 3).

Eu sempre recebi dez, então o que eu recebo hoje, já passado 14 anos, é perfeitamente tranquilo para usar durante o mês (Entrevistado 5).

Percepções relacionadas ao local de recebimento dos equipamentos coletores

Esta categoria apresenta um aspecto positivo com relação ao fornecimento de equipamentos coletores pelo SUS em Curitiba, na narrativa dos utentes. Os participantes evidenciam em suas percepções a facilidade e a comodidade para receber seus equipamentos, visto que após a realização do cadastro e uma primeira avaliação de Enfermagem no polo, localizado na região central da cidade, os equipamentos são direcionados mensalmente para as unidades de

saúde próximas às residências dos estomizados. Os próximos discursos revelam isso:

É confortável. Eu vou ali na unidade buscar, não precisa vir para o centro. Eles mandam para lá regularmente, religiosamente (Entrevistado 6).

Todo mês eu vou ao posto, pego as minhas bolsas, ligo e já está lá! Eu vou buscar. Mas, eu acho, pelo menos para mim de modo geral, que esse trabalho é excelente. Não tem nada que diga que aconteceu de ir lá e não ter as minhas bolsas (Entrevistado 5).

DISCUSSÃO

Na primeira categoria, foi possível evidenciar percepções que denotam a satisfação de parte dos entrevistados e a insatisfação de outros, no que se refere à qualidade do equipamento coletor.

Acredita-se que o ponto desafiador não é adequar-se à qualidade do equipamento, mas adequar o tipo de equipamento à cada indivíduo¹⁵. Sabe-se que existe uma grande variedade de equipamentos e adjuvantes disponíveis no mercado. Tal variedade pode ser considerada desconcertante com relação à padronização e utilização deles¹⁶. Porém, há que ressaltar a necessidade de empenhar-se na escolha dos insumos, de forma a contemplar tais fatores.

Essa situação ocorre também em outros cenários, não só no Brasil, mas também em outros países, nos quais os equipamentos podem não estar sendo fornecidos de acordo com as necessidades individuais do estomizado¹⁷. Reforça-se que podem existir inúmeros fatores que corroboram para essa ocorrência, dentre eles destacam-se a forma da elaboração de edital para o processo licitatório; o próprio processo licitatório; o grande número de marcas e especificações de equipamentos coletores disponíveis; as especificidades de cada estomizado; as características regionais, entre outros.

Alinhado a esse tema, enfatiza-se que os equipamentos coletores e os adjuvantes são indispensáveis ao cuidado do estoma e da pele periestoma, sendo o acesso a eles um aspecto básico da atenção à saúde do estomizado¹⁸. Além disso, reforça-se que, segundo as recomendações da *Ostomy Care Management*¹, reeditadas em 2014, é vital que a escolha do equipamento coletor para a estomia vise às necessidades e especificidades de cada indivíduo.

Considerando a imensa variedade de itens disponíveis para os cuidados com o estoma e com a pele periestoma, vale observar o que a Portaria 793⁶ traz sobre o assunto. No artigo 17, em seus itens III e IV, é descrito que os equipamentos coletores fornecidos pelo serviço devem ser criteriosamente escolhidos de acordo com as necessidades individuais, garantindo sua eficiência.

Alinhado às narrativas, destaca-se a Carta de Direito dos Ostomizados, que cita como um direito do estomizado o acesso irrestrito à variedade de produtos para o estoma¹⁹.

No entanto, há um hiato que permeia a legislação nacional e o texto da Carta de Direito aos Ostomizados, em contraponto à realidade da atenção à pessoa estomizada. Essa situação foi evidenciada em parte nos discursos, nos quais os sujeitos narraram que o equipamento coletor fornecido, em alguns casos, não supre suas necessidades individuais.

Assim, mesmo diante desse grande desafio, deve-se pensar em como fazer o alcance desse direito na prática.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro atuar junto aos gestores para garantir o fornecimento de materiais adequados à cada indivíduo portador de um estoma de eliminação. Desse modo, pode-se reduzir o desconforto e as complicações para o paciente, melhorando a qualidade do cuidado de Enfermagem e dos serviços de saúde¹⁷, bem como a qualidade de vida dos estomizados.

Outro ponto que vale ser destacado é a utilização de adjuvantes para o cuidado ao estomizado. A legislação brasileira descreve alguns adjuvantes de proteção e segurança que devem compor a lista de insumos a serem fornecidos ao estomizado. Doravante, diversos itens ainda não são contemplados em alguns municípios, como é o caso de Curitiba, entre os quais estão cintos, irrigadores, oclusores, entre outros.

Sobre o tema, acrescenta-se que pode haver uma divergência de opinião relacionada à padronização e ao uso de adjuvantes, contemplando-se as visões do estomizado e do enfermeiro que presta atendimento a esse público. De um lado, os sujeitos podem identificar os adjuvantes como sendo necessários tanto física, como psicologicamente, na melhoria da sua qualidade de vida; enquanto enfermeiros podem identificar que, mesmo considerando que não se deve subestimar os efeitos psicológicos de ter um estoma, ainda há preocupações quanto ao custo de recomendar esses produtos e da sua necessidade clínica. Para alinhar tal prática, é importante o estudo de evidências que norteiem a prática²⁰.

Em relação à segunda categoria, que enfatiza as percepções relacionadas à quantidade de dispositivos fornecidos, evidenciou-se que parte dos participantes relatou se adequar à quantidade fornecida pelo município; enquanto outros descreveram necessitar de mais unidades por mês, utilizando recursos próprios para a compra de novas unidades ou até mesmo a troca entre outros estomizados.

Ressalta-se que a legislação brasileira^{6,7} estabelece a quantidade máxima de equipamentos coletores fornecidos; sendo que, para estomias intestinais, há um limite de 10 unidades por mês e, para as urostomias, de 15.

Essa quantidade baseia-se no tempo mínimo aceitável para uso de cada equipamento coletor, que, segundo a *Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS)*¹, deve ser de três dias.

Contudo, destaca-se que existem fatores interferindo no tempo de permanência do equipamento coletor, como a consistência e a quantidade do efluente; a integridade e as características da pele periestoma; o tipo de barreira utilizada; as atividades exercidas pelo estomizado em seu dia a dia; os recursos financeiros do paciente¹ e algumas doenças específicas como o câncer e seus tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes²⁰.

O tempo útil de cada equipamento também pode variar de acordo com o estado emocional e nutricional do estomizado, bem como todos os outros fatores citados. Portanto, a quantidade utilizada mensalmente pode variar individualmente.

Complementando a discussão sobre o tema, na terceira categoria, evidenciaram-se nas narrativas percepções relacionadas ao local de recebimento dos equipamentos coletores.

Os participantes destacaram percepções positivas quanto a esse tema, principalmente a facilidade em adquirir os equipamentos coletores dispensados em unidades de saúde próximas à sua residência. Todos eles destacaram como pontos positivos o acesso ao equipamento coletor com facilidade, em local próximo às suas residências e com fornecimento regular.

Destaca-se que, no município estudado, o primeiro atendimento ao estomizado é realizado em uma Central de Órteses e Próteses, na região central da cidade, onde é fornecida uma orientação para o autocuidado por um enfermeiro estomaterapeuta, que inclui a indicação do equipamento coletor mais adequado à cada estomizado, bem como o cadastro para que seja realizado o envio dos equipamentos coletores mensalmente para a Unidade de Saúde mais próxima da residência do estomizado.

Alinhado à essas percepções, enfatiza-se o conteúdo das diretrizes para os serviços de atenção ao estomizado⁶,

no qual consta que o estomizado deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência e dentro de sua região de saúde, na qual há uma estrutura física e uma equipe multiprofissional capacitada para prestar assistência especializada aos estomizados.

Seguindo tal princípio, que está de acordo com as recomendações internacionais¹ para o cuidado ao estomizado, ressalta-se que tal fluxo contribui para a continuidade da assistência, tendo em vista a facilidade de acesso aos equipamentos coletores.

CONCLUSÕES

Com a finalização deste estudo, foi possível analisar as percepções dos estomizados sobre o fornecimento de equipamentos coletores pelo SUS, no município de Curitiba. Os discursos trouxeram pontos positivos, bem como oportunidades de melhoria no fornecimento, principalmente no que se refere à adequação do material fornecido às necessidades individuais; porém prevaleceram as narrativas que permeiam os aspectos positivos relacionados a esse tema.

A quantidade de equipamentos coletores fornecidos por mês ainda é um desafio para os estomizados no município em questão, visto que nem todos conseguem se adequar à cota mensal disponibilizada pelo SUS.

O local onde os equipamentos eram entregues foi um aspecto forte, como indicativo no fornecimento de qualidade desses insumos, realizados no referido município. Dessa forma, os estomizados não precisam se deslocar para outras regiões da cidade para receber seus equipamentos, tendo-os de forma mais prática, próximo ao seu território domiciliar. Além disso, os equipamentos chegam regularmente na data em que devem estar disponíveis para o recebimento pelo usuário.

Distante de sanar as discussões sobre a temática abordada neste estudo, ressalta-se a importância no papel científico, social e político do enfermeiro que presta assistência aos estomizados, incluindo o planejamento da assistência de Enfermagem, bem como a busca contínua na efetivação dos direitos desses pacientes, o que permite a contribuição para a melhoria na qualidade de vida desses indivíduos e sucesso no processo reabilitatório. Destaca-se ainda que tal prática inclui o estudo permanente dos processos de aquisição e fornecimento dos equipamentos coletores e adjuvantes para o cuidado ao estoma.

REFERÊNCIAS

1. Registered Nurses' Association on Ontario – RNAO. Core Recommendation. Best practice guidelines: ostomy care and management. RNAO, 2014. [citado 06 mai. 2016]. Disponível em: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care_Management.pdf
2. Santos LC, Cesaretti IU. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Fake J, Skipper G. Key messages in prescribing for stoma care. Br J Nurs. 2014;23 Suppl 17:S17-25.
4. International Ostomy Association. Coordination Committee. Charter of ostomates' rights. 1993. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: http://ioa2006.site.aplus.net/welcome_charter.html
5. Santos VL. Cuidando do estomizado: análise da trajetória no ensino, pesquisa, extensão. 2006. 205p. Tese [Livre-docência]: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2006. [citado 30 maio 2013]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-15092006-145018/publico//teseformatacaofinal1.pdf>
6. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009. Estabelece as diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2009. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: http://www.abraso.org.br/Portaria_400_16_11_2009.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2012. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
8. Violin MR, Sales CA. Experiências cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: enfoque existencial. Rev Electr Enferm. 2010;12(2):278-86. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5590>
9. Ang SG, Chen HC, Siah RJ, He HG, Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. Oncol Nurs Forum. 2013;40(6):587-94.
10. Oxenham J. Reviewing prescription spending and accessory usage. Br J Nurs. 2014;23(5):S4, S6, S8 passim.
11. Aguiar ESS, Santos AAR, Soares MJGO, Ancelmo MNS, Santos SR. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. Rev Estima. 2011;9(2):22-30. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/66>

12. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2012. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
15. Burch J. Stoma care in the community. *Br J Community Nurs*. 2014 Aug;19(8):396, 398, 400. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.8.396.
16. Burch J, Sica J. Stoma care accessories: an overview of a crowded market. *Br J Community Nurs*. 2005 Jan;10(1):24-31.123
17. Luz MHBA, Andrade DS, Amaral HO, Bezerra SMG, Benício CDAV, Leal ACA. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-Pi. *Texto Contexto Enfermagem*, 2009; 18(1):140-146.
18. Cesaretti IUR. Cuidando da pessoa com estoma no pós-operatório tardio. *Rev Estima*. 2008;6(1):27-32. [citado 18 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/226>
19. Rudoni C, Dennis H. Accessories or necessities? Exploring consensus on usage of stoma accessories. *Br J Nurs*. 2009 Oct 8-21;18(18):1106-1110-2.
20. Doughty DJ. Principles of ostomy management in the oncology patient. *Support Oncol*. 2005 Jan-Feb;3(1):59-69.

Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde Sobre os Cuidados com o Pé Diabético

Knowledge of Nurses in Primary Health Care on the Care for the Diabetic Foot

*Conocimiento del Enfermero de la Atención Primaria de Salud
Acerca de la Atención al Pie Diabético*

*Luciana Catunda Gomes de Menezes¹, Maria Vilani Cavalcante Guedes¹, Nádyá dos Santos Moura¹,
Denizelle de Jesus Moreira Moura^{1,2}, Luara Abreu Vieira¹, Ariane Alves Barros¹*

RESUMO

O pé em risco é uma das complicações microvasculares graves e mutilantes da pessoa com diabetes e seu principal tratamento é a detecção precoce. Mediante conhecimento das causas do pé diabético, pacientes de alto risco poderão ser identificados precocemente, evitando amputações. Objetivou-se descrever o conhecimento do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde sobre os cuidados prestados aos diabéticos com pé em risco, durante consulta de enfermagem. Estudo descritivo com dez enfermeiras de Unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, com dados coletados em entrevista semiestruturada e observação da consulta de enfermagem, realizadas em setembro e outubro de 2013. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob nº 201.279. Dos discursos emergiram as temáticas: conhecimento do enfermeiro sobre os cuidados com o pé diabético em risco e fatores influenciadores no atendimento do enfermeiro. Os enfermeiros sabem da importância dos cuidados educativos, porém, desconhecem a importância da avaliação clínica. Falta de conhecimentos sobre avaliação clínica requer educação permanente, recursos materiais, equipamentos e estrutura física como fatores influenciadores dessa assistência. Conclui-se que, para cuidar desses pacientes, os enfermeiros devem ter seus conhecimentos atualizados e específicos e condições materiais para minimizar o surgimento de complicações advindas da ausência desses cuidados.

DESCRITORES: Estomaterapia. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Diabetes mellitus. Pé diabético.

ABSTRACT

At-risk foot is one of the serious and crippling microvascular complications for people with diabetes; and the main treatment is early detection. By knowing the causes of diabetic foot, high-risk patients might be identified early, thus avoiding amputations. We aimed to describe the knowledge of nurses in Primary Health Care on the care offered for diabetic patients with at-risk foot, during nursing consultation. Descriptive study with ten nurses from Primary Health Care Units of Fortaleza, Ceará, Brazil, with data collected through semi-structured interviews and observation of the nursing consultation, conducted in September and October 2013. The Research Ethics Committee of the Universidade Estadual do Ceará, under number 201.279, approved the project. The following themes emerged from the speeches: knowledge of nurses on the care for the diabetic foot and influencing factors on nurses' assistance. Nurses know the importance of educational care, but are unaware of the importance of clinical evaluation. As influencing factors for such assistance, there was lack of knowledge on clinical evaluation requiring continuing education, material resources, equipment, and physical infrastructure. Therefore, we conclude that nurses, in order to care for these patients, should have updated and specific knowledge, besides material conditions to minimize the occurrence of complications from lack of care.

DESCRIPTORS: Stomatherapy. Nursing. Nursing care. Diabetes mellitus. Diabetic foot.

¹Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

²Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Valdetário Mota, 1514, apartamento 701 – Papicu – CEP: 60175-740 – Fortaleza (CE), Brasil –

E-mail: lucianacatundagomes@yahoo.com.br

Artigo recebido em: 16/10/2015 – Aceito para publicação em: 21/06/2016

RESUMEN

El pie en riesgo es una de las complicaciones microvasculares graves e incapacitantes de personas con diabetes; y su tratamiento principal es la detección temprana. A través del conocimiento de las causas del pie diabético, pacientes de alto riesgo podrán ser identificados tempranamente, evitando amputaciones. El objetivo fue describir el conocimiento del enfermero de la Atención Primaria de Salud sobre atención a pacientes diabéticos con pie en riesgo, en consulta de enfermería. Estudio descriptivo, con diez enfermeras de Unidades de Atención Primaria de Salud de Fortaleza, Ceará, Brasil, con datos recolectados en entrevista semiestructurada y observación de la consulta de enfermería, en septiembre y octubre de 2013. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Estadual do Ceará, según número 201.279. De los discursos, emergieron las temáticas: conocimiento del enfermero sobre atención con el pie diabético en riesgo y factores que influyen en la atención. Los enfermeros saben de la importancia de la atención educativa, pero desconocen la importancia de la evaluación clínica. Desconocimiento sobre evaluación clínica requiere educación permanente, recursos materiales, equipamientos e infraestructura física, factores que influyen en la atención. En conclusión, para cuidar de estos pacientes, los enfermeros deben tener conocimientos actualizados y específicos, y condiciones materiales para minimizar complicaciones por falta de atención.

PALABRAS CLAVE: Estomatoterapia. Enfermería. Atención de enfermería. Diabetes mellitus. Pie diabético.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é considerado um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade, em virtude das elevadas morbidade e mortalidade causadas por complicações que comprometem a qualidade de vida dos pacientes¹. Uma das complicações é o pé diabético, caracterizado por lesões isoladas ou diversas que ocorrem nos pés das pessoas com DM, geralmente decorrentes de tríade composta por neuropatia, doença arterial periférica (DAP) e infecções².

De modo geral, os problemas relacionados aos pés são complicações comuns às pessoas com DM, com prevalência de 23 a 42% para neuropatia, 9 a 23% para doença vascular, 5 a 7% para ulcerações². Calcula-se em 25% a incidência de tais ulcerações nas pessoas com DM ao longo da vida, com 85% dessas lesões precedendo amputações³. No Brasil, segundo estimativas, verificam-se 40 mil amputações por ano⁴. As úlceras de pé, além de serem complicações comuns e sérias, também apresentam mortalidade significativa. Em comparação com não diabéticos, o pé diabético tem um risco de amputação 15 vezes maior, correspondendo a 70% das amputações não traumáticas⁵.

Conforme sabido, a principal medida no tratamento dessas lesões é a detecção precoce, mediante condutas relacionadas à educação específica para os pés, do paciente e de seus familiares, e avaliação dos fatores de riscos por parte da equipe multiprofissional⁶.

O envolvimento dos familiares é essencial pela colaboração na realização de ações que o paciente sozinho não é capaz de executar.

Mediante o conhecimento das causas do pé diabético, pacientes de alto risco poderão ser identificados precocemente, evitando amputações. Nesse contexto, avaliação e medidas de prevenção do grau de risco acrescidas do estímulo ao autocuidado, atendimento interdisciplinar e educação em saúde poderão reduzir a ocorrência de lesões em até 50%^{3,4,7}.

Entre as ações de enfermagem, a consulta de enfermagem (CE) configura-se como ação cada vez mais adotada nos serviços, como estratégia de promoção da saúde no contexto do cuidado.

Atividade privativa do enfermeiro, a CE utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, proteção da saúde, prevenção de adoecimentos, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e comunidade⁸.

A CE constitui fator decisivo na prevenção de complicações nos pés de pessoas com DM, pois permite ao enfermeiro a identificação de situações problemáticas, uso de raciocínio clínico, determinação de diagnósticos, resultados e intervenções, favorecendo o processo de cuidar e educar e incentivando o paciente a desempenhar o autocuidado. Dessa maneira, reforça a adesão ao tratamento clínico⁹.

Nesse contexto, por ser o profissional enfermeiro qualificado para a CE, este estudo foi norteado pelas seguintes questões: quais as estratégias de avaliação de fatores de riscos em pés de pessoas diabéticas realizadas durante a CE? Qual o conhecimento dos enfermeiros no tocante à prevenção de complicações no pé do paciente diabético em risco?

OBJETIVO

Descrever o conhecimento do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde sobre os cuidados prestados aos diabéticos com pé em risco, durante CE.

MÉTODO

Estudo descritivo, com ênfase nas características da população ou fenômeno investigado, identificando prováveis relações entre as variáveis¹⁰. Adotou-se a abordagem qualitativa por se basear na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como é vivida e tal como é definida pelos próprios atores. Nesta pesquisa, o local escolhido foram as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Fortaleza, Ceará.

A coleta de dados ocorreu em cinco UAPS localizados nas proximidades do Campus da Universidade Estadual do Ceará (UECE), nos meses de setembro e outubro de 2013. Participaram dez enfermeiras escolhidas por acessibilidade e que atenderam aos critérios de inclusão: serem enfermeiras generalistas/ou estomaterapeutas e acompanharem pacientes com DM há pelo menos um ano nas unidades selecionadas para o estudo. Excluíram-se aquelas que estavam afastadas do serviço por qualquer motivo.

A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem, por meio de entrevista semiestruturada e observação estruturada da avaliação clínica dos pés de pessoas com DM. Inicialmente, realizaram-se as entrevistas com as enfermeiras, coletaram-se os dados de identificação, formação profissional (tempo de formação, tempo de experiência com pessoas diabéticas, qualificação acadêmica, entre outros) e em seguida foram questionadas no que concerne ao conhecimento e à prática sobre avaliação clínica de pés de pessoas diabéticas por meio do exame físico.

Posteriormente, utilizou-se roteiro de observação. Com esse, os dados coletados previamente poderiam ser visualizados diretamente pela pesquisadora. Esse roteiro constou das seguintes informações: avaliação dos pés de pessoas com DM e atuação no processo de educar em saúde. Para garantir o anonimato das entrevistadas, elas foram codificadas pela letra "E", de entrevistadas, seguida de numeral arábico, conforme ordem das entrevistas. Em cumprimento

ao exigido, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, conforme parecer nº 201.279. No desenvolvimento do estudo seguiram-se as recomendações da Resolução nº 466/12, as participantes foram convidadas e aquelas que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também obteve-se permissão para realizar observação da consulta com a enfermeira.

Para a análise dos resultados, trabalhou-se com a técnica da análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que usa procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹¹. Passou-se, então, à leitura minuciosa dos depoimentos das enfermeiras, com vistas a apreender o significado do objeto de estudo e identificar as categorias que formaram as seguintes temáticas: conhecimento do enfermeiro sobre os cuidados preventivos com o pé diabético em risco e fatores influenciadores no atendimento do enfermeiro. Desse modo, procedeu-se à análise compreensiva dos resultados, cuja interpretação apoiou-se na literatura atualizada sobre pé diabético.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 10 enfermeiras, com idade entre 25 e 37 anos. Desempenhavam assistência ao paciente com DM nas UAPS investigadas a aproximadamente quatro anos, com tempo de formação profissional superior a seis anos. Tais dados retrataram o perfil de profissionais experientes na área de atuação.

Quanto à qualificação, nove enfermeiros possuíam especialização. Desses, seis eram especialistas em Saúde da Família ou Saúde Pública; dois em Estomaterapia; um em Educação em Saúde. Um enfermeiro não tinha especialização. Em relação aos treinamentos implementados para acompanhamento de pessoas com DM e pé em risco, dois entrevistados haviam realizado cursos na área, porquanto desempenhavam trabalho com esse tipo de paciente em outros serviços.

Os profissionais foram entrevistados nas UAPS onde prestavam atendimento às pessoas com DM. Dos participantes, oito afirmaram realizar somente orientações básicas, como cuidados com a alimentação, prática de exercícios físicos, uso adequado da insulina, entre outras. No tocante à avaliação clínica do pé, dois relataram desempenhar cuidados mais específicos, como testes

de sensibilidade com monofilamento de Semmes-Weinstein 5.07 de 10 g, diapasão de 128 Hz, avaliações dos pulsos periféricos, condições da pele, deformidades, alteração na biomecânica, presença de ulcerações e outros.

Com base na leitura do conteúdo foi possível definir as unidades de análise ou unidades de registro (partes da frase), as quais foram categorizadas por semelhança, e de acordo com os critérios semânticos, divididas em categorias temáticas, conforme exposto.

Conhecimento do enfermeiro sobre os cuidados preventivos com o pé diabético em risco

Essa temática reflete o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados educativos e cuidados clínicos com o pé diabético em risco. Como evidenciado, o enfermeiro entende a gravidade, as consequências da doença e a necessidade de uma avaliação mais específica, porém, a maioria canaliza sua atenção apenas para a educação em saúde.

Aqui realmente a gente não presta muita atenção no pé do diabético. É uma falha nossa. Quando ele cita que tem algum problema é que a gente olha e encaminha. (E3)

Geralmente, a gente faz avaliação mais teórica, avaliação física do pé ninguém faz. (E4)

Faço muitas orientações, como: controle glicêmico, uso correto das insulinas, caso faça uso, prática de exercícios físicos, pois tendo sido realizado isso, o resto fica mais fácil. (E8)

Inegavelmente, a educação em saúde é parte fundamental no tratamento da pessoa com diabetes, porém, a princípio, tratar do pé em risco não abrange somente essas orientações indicadas pelas enfermeiras; requer também conhecimentos mais específicos sobre a avaliação clínica do pé. O enfermeiro desempenha atividades importantes nos diversos níveis de atenção à saúde, como agente cuidador e/ou educador, mas para que essas ações sejam de qualidade, são necessários conhecimento, habilidade e competência¹².

O cuidado preventivo desenvolvido pela enfermagem ao paciente com pé diabético envolve vários níveis, desde a identificação do risco, por meio de exame clínico detalhado, até avaliação mais específica do pé, como investigação de neuropatia e verificação dos pulsos distais¹³.

Pequenos investimentos em prevenção e educação podem significar menos amputações, aumento na qualidade de vida e considerável redução nos custos para o sistema de saúde. Essa complicação vem preocupando profissionais do setor saúde, cuja prevenção se tornou desafio.

Neste âmbito, a educação também constitui ferramenta importante durante a consulta de enfermagem, porquanto 85% dos problemas decorrentes do pé diabético são passíveis de prevenção, mediante cuidados especializados¹⁴.

Contudo, o planejamento de práticas educativas realizadas por enfermeiros deverá incluir medidas simples e específicas do pé em risco, como sapatos apropriados, higiene, hidratação, corte adequado das unhas, entre outras. Tais medidas contribuirão para a prevenção de úlceras, minimizando a influência dos riscos e o número de amputações. Reforça-se o uso de meias adequadas para evitar o surgimento de micoses interdigitais e onicomioses, condições que agravam o pé diabético⁴.

É sabida a necessidade de conhecimento dos profissionais para realizar o acompanhamento desses pacientes, porém, o exame dos pés é quase sempre negligenciado, apesar das diretrizes e recomendações existentes. Diante disso, o consenso *International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)*¹⁵ sugere cuidados em cinco estratégias: inspeção e exame regular dos pés; identificação do pé em risco; educação dos familiares, pacientes e profissionais; uso de calçado adequado; e tratamento da doença não ulcerativa. Em relação aos cuidados clínicos com o pé em risco, os profissionais se mostraram capacitados para a execução de exame clínico mais específico. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, é um elemento multiplicador de conhecimento por meio da promoção de educação em saúde e avaliação do grau de risco, contribuindo para o desenvolvimento de hábitos saudáveis que proporcionarão mais segurança e melhor aceitação da doença.

É relevante destacar depoimentos de enfermeiras quanto à avaliação da sensibilidade do pé. Dentre o grupo, coube enfatizar o relato de E1, quando mencionou as avaliações efetuadas em conformidade com as recomendações do consenso IWGDF¹⁵.

Realizo avaliação do pé anualmente e quando tem risco, avalio semestral e trimestralmente. Avaliação dermatológica, avaliação vascular, sensibilidade protetora, rastreamento da neuropatia e biomecânica do pé. Peço para caminhar, sem o calçado. Vejo se tem alteração na marcha, postural, deformidade óssea. Vejo se o calçado é adequado. (E1)

A gente explica sobre os calçados, os exames diários dos pés ao deitar, secagem dos espaços interdigitais. Se houver qualquer lesão procurar imediatamente o Centro de Saúde. (E5)

A execução de adequado exame físico dos pés é indispensável para identificação precoce de sinais e sintomas passíveis de desencadear úlcera neuropática¹⁶. Aponta-se redução entre 44 e 85% com os cuidados preventivos, efetivos e específicos com os pés¹⁷.

Em todos os momentos, é fundamental manter a doença com o máximo de controle possível para o tratamento do pé em risco; mas, além de controle glicêmico eficaz verificado por meio dos testes glicêmicos, deve-se promover avaliação criteriosa e específica dos pés. Nessa avaliação, os seguintes pontos são essenciais: verificar e avaliar deformidades dos pés (pé em martelo ou dedos em garra, proeminências ósseas), pele seca, calosidades, veias dilatadas, sinais de isquemia, deformidades ou danos nas unhas, detecção de neuropatia por monofilamento de Semmes-Weinstein (10 g), diapasão de 128 Hz, sensação tátil ou dolorosa com uso do pino ou palito, palpação de pulsos periféricos (pedioso e tibial posterior), tempo de enchimento venoso superior a 20 segundos e índice de tornozelo braquial (ITB)².

Como observado, os depoimentos de enfermeiras estomaterapeutas sinalizaram conhecimento e preocupação em executar exame clínico eficaz, no intuito de evitar complicações decorrentes da doença. De modo geral, o estomaterapeuta é um profissional constantemente interessado nos avanços técnicos e científicos referentes aos cuidados com esses pacientes, os quais possibilitam avaliação clínica satisfatória do pé em risco. Todavia, nem sempre se encontram esses profissionais nos serviços.

Fatores influenciadores no atendimento do enfermeiro

Como mostra essa temática, apesar das dificuldades apresentadas, estas não inviabilizaram o propósito das enfermeiras em desempenhar com competência as atividades no cotidiano e em manter como meta a qualidade da assistência de enfermagem. Porém, a carência de recursos materiais, de equipamentos e até mesmo de ambiente foi apontada como fator que compromete o trabalho do enfermeiro, pois repercute no processo de trabalho e na satisfação do usuário com o serviço oferecido.

Têm muitas dificuldades. Não temos sala, estou nessa sala porque a médica não veio hoje pela manhã. (E3)

As dificuldades são muitas. Falta estrutura, não temos sala própria para fazer a avaliação, não temos insumos básicos para os curativos. (E4)

Falta material didático para orientar, um panfleto, falta estrutura para criar grupos específicos, falta material para realizar o curativo, só tem soro fisiológico. (E2)

Nas dificuldades, acho que o pior é a falta de recursos, às vezes falta o básico que são os remédios. (E6)

Às vezes preciso radiografar o pé de um paciente [...]. Outro dia, estava com um paciente com suspeita de osteomielite e não tinha nada. (E5)

As carências apontadas dificultavam a realização do trabalho dos enfermeiros investigados, sobretudo porque determinadas situações não dependiam da existência desses para um atendimento mais qualificado. Contudo, as situações associadas a outras necessidades identificadas podem tanto comprometer o sentimento do profissional em relação ao trabalho quanto sobrecarregá-lo por não vislumbrar mudanças. Constatou-se, também, desmotivação desses profissionais. Estudo realizado em Aracaju, Sergipe, sobre motivação da equipe de enfermagem evidenciou que 60% das pesquisadas se consideraram desmotivadas em seu ambiente de trabalho. Como principais fatores da desmotivação citaram-se os seguintes: sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento dos gestores, falta de um bom relacionamento entre a gerência de enfermagem e a equipe assistencial e falta de capacitação dos profissionais¹⁸. Para um desempenho profissional eficaz, é imprescindível a atualização contínua com vistas a acompanhar os avanços técnicos e científicos¹⁹.

Inegavelmente, a ausência de equipamentos, materiais e medicamentos essenciais para a prática profissional configura-se em um conjunto de problemas de ordem objetiva e subjetiva para o trabalhador: desorganização, interrupções constantes do trabalho, exposição a riscos diversos, tanto para a pessoa que está sendo cuidada quanto para o profissional, ansiedade e sensação de trabalho incompleto²⁰. Em face dos depoimentos das enfermeiras, verificou-se, também, ausência de equipamentos e materiais específicos para a realização da avaliação clínica e de curativos.

A maior dificuldade é o tratamento tópico, de fato não temos nenhum produto, agora que chegou a pomada sulfadiazina de prata, só que eu preciso de um produto bom, pois eu digo 'gente não posso fazer milagre'. (E5)

Dificuldades são muitas, mas principalmente de material necessário para uma avaliação completa e para realizar os curativos. (E7)

De modo geral, as UAPS cenários do estudo não dispõem de variedades de produtos, limitando-se a pomadas enzimáticas ou soro fisiológico. Entretanto, a complexidade de produtos de uso tópico no tratamento de feridas crônicas, incluindo aqueles que controlam a infecção, é fundamental para o alcance da cicatrização em menor tempo e com menor custo. A gravidade das complicações e os meios apropriados para controlá-las torna o DM uma doença onerosa, não apenas para os pacientes afetados e suas famílias, como também para o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰.

Nos Estados Unidos da América, por exemplo, os gastos com esses pacientes são estimados em valores duas a três vezes superiores aos de um indivíduo sem a doença.

Diante dessas dificuldades relatadas, a presença de equipe composta por especialistas foi referida como importante na avaliação da pessoa com DM.

Temos dificuldades de encaminhamento para outros serviços. (E6)

Quando precisamos de um vascular (cirurgião), por exemplo, não temos, aí demora para encaminharmos, e o paciente vai complicando. (E9)

De acordo com as diretrizes do consenso IWGDF¹⁵, a consulta a esses pacientes deve englobar endocrinologistas, cirurgões vasculares e ortopédicos, enfermeiras e um técnico de órteses. Deve contar, ainda, com o apoio indispensável de fisiatras¹⁶. Nas unidades pesquisadas, o atendimento era prestado por médicos e enfermeiros. Mesmo com essas dificuldades, a presença de médico na equipe precisa ser acessível e foi mencionada como significativa e facilitadora nesse processo de atendimento.

Nas facilidades, encontro a parceria com toda equipe, principalmente com o médico coordenador, pois me dá aval de tudo que preciso. (E5)

Como facilidades, temos acesso fácil aos médicos da nossa unidade e dos agentes de saúde que vão ao domicílio. (E6)

É oportuno destacar a necessidade de trabalho interdisciplinar, na perspectiva de envolvimento mais sólido de profissionais na prestação de assistência de melhor qualidade, demonstrando o potencial dessas experiências na mudança da prática clínica desses pacientes. O DM não requer tecnologia sofisticada para o diagnóstico e tratamento. Contudo, as medidas de prevenção são estratégias poderosas na redução da morbidade e da mortalidade.

CONCLUSÃO

O estudo conseguiu alcançar o objetivo proposto, demonstrando haver um déficit de conhecimento dos enfermeiros generalistas na avaliação clínica do pé de diabético no seu cotidiano profissional. Os seus conhecimentos se baseavam numa assistência focada na troca de coberturas ou simplesmente em orientações básicas sobre a doença, como: cuidados com a alimentação, prática de exercícios físicos, uso correto de insulinas, dentre outras. Os principais motivos relatados para a não execução da avaliação clínica do pé estão relacionados, na verdade, com as condições inadequadas de trabalho; como: escassez de material, recursos físicos e educação permanente. Assim sendo, é importante que o enfermeiro generalista adquira conhecimento técnico e científico para a realização da avaliação clínica do pé diabético. Por sua vez, o enfermeiro estomaterapeuta, mediante um conhecimento mais especializado, foi o profissional mais habilitado para executar os cuidados específicos com o pé diabético, como apoio no uso de equipamentos como monofilamento, diapasão, palpação dos pulsos, orientações sobre calçado terapêutico, corte adequado das unhas, higiene, dentre outros.

Ressalta-se que este estudo poderá estimular os enfermeiros generalistas e os gestores da atenção primária em relação à assistência à pessoa com DM e pé em risco a encontrarem outras formas e técnicas de obtenção de conhecimentos, e as instituições a desenvolverem educação permanente, como possibilidade de prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações agudas e crônicas. Desse modo, poderão ajudar na promoção da qualidade de vida desses pacientes. Assim, a pesquisa trouxe como contribuição importante a melhoria da assistência na consulta de enfermagem. Ao mesmo tempo, evidenciou algumas fragilidades: escassez de recursos materiais e estrutura física para realizar o atendimento e falta de educação permanente.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37(Suppl 1):S81-90.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 5ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
3. Duarte N, Gonçalves A. Pé diabético. *Angiol Cir Vasc*. 2011;7(2):65-79.
4. Audi EG, Moreira RC, Moreira ACMG, Pinheiro EFC, Mantovani MF, Araújo AG. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2011;16(2):240-6.
5. Anselmo MI, Nery M, Parisi MCR. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. *Diabetol Metab Syndr*. 2010;2(1):45.
6. Martin VT, Rodrigues CDS, Cesarino CB. Conhecimento do paciente com diabetes mellitus sobre o cuidado com os pés. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(4):621-5.
7. Tavares DMS, Dias FA, Araújo LR, Pereira GA. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):825-30.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2009.
9. Silva SH, Cubas MR, Fedalto MA, Silva SR, Lima TCC. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba - PR. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):68-75.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 2ª reimpr. Lisboa: Edições 70; 2010.
12. Benito GAV, Tristão KM, Paula ACSF, Santos MAS, Ataíde LJ, Lima RCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):172-8.
13. Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012;28(Suppl 1):225-31.
14. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):17-23.
15. The International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot. 2011. DVD.
16. Moreira RC, Cruz CFR, Valsecchi EASS, Marcon SS. Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulino terapia e prevenção do pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(2):283-91.
17. Bona SF, Barbosa MAR, Ferraz CLH, Guarita LKS, Nina RVAH, Barbosa NMRF, et al. Prevalência do pé diabético nos pacientes atendidos na emergência de um hospital público terciário de Fortaleza. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(1):1-5.
18. Bezerra FD, Andrade MFC, Andrade JS, Vieira MJ, Pimentel D. Motivação da equipe e políticas motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):33-7.
19. Melo EM, Fernandes VS. Avaliação do conhecimento do enfermeiro acerca das coberturas de última geração. *Rev Estima*. 2011;9(4):12-20.
20. David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):206-14.

Cuidados Clínicos e Gerenciais de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão*

Clinical and Management Care of Nursing in the Prevention of Pressure Ulcer

Atención Clínica y Gerencial de Enfermería en la Prevención de Úlcera por Presión

Luciana Catunda Gomes de Menezes¹, Marcela Marques Jucá Fernandes², Maria Vilani Cavalcante Guedes^{1,3}, Roberta Meneses Oliveira¹, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão^{3,4}, Denizielle de Jesus Moreira Moura¹

RESUMO

Objetivou-se avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados clínicos e gerenciais desenvolvidos por enfermeiros visando à prevenção de úlceras por pressão. Utilizou-se o método da revisão integrativa, e foram pesquisados artigos com os descritores “úlceras por pressão”, “Enfermagem”, “prevenção e controle” e “cuidados de Enfermagem”, disponíveis nas bases de dados SciELO e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), publicados no período de 2002 a 2011. Resultaram 16 artigos desta busca e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os quais constituíram a amostra deste trabalho. Para a análise e a discussão das publicações, estas foram sintetizadas e os cuidados foram divididos em cinco categorias distintas: alívio de pressão; nutrição; higiene; hidratação e gerenciamento do cuidado. Esta última esteve presente em muitos artigos, embora a categoria alívio de pressão tenha apresentado o maior número dos cuidados de Enfermagem. Concluiu-se que este estudo possibilitou apreender os cuidados de Enfermagem desenvolvidos nas diferentes realidades, visando o cuidado ao paciente em situação de risco para úlcera por pressão. Vale ressaltar que alguns cuidados de Enfermagem na prevenção de úlcera por pressão dependem exclusivamente da prescrição do enfermeiro e da implementação por parte da equipe de Enfermagem, como é o caso da mudança de decúbito, mas o trabalho interdisciplinar ainda é necessário para a execução dos cuidados preventivos em sua totalidade.

DESCRITORES: Úlcera por pressão. Prevenção. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

This study aimed at evaluating the evidence available in the literature on the clinical and management care developed by nurses for the prevention of pressure ulcers. The research occurred by means of the integrative review method, in which we researched articles containing the descriptors “pressure ulcer”, “Nursing”, “prevention and control”, and “Nursing care”, available in the SciELO and *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) databases, published from 2002 to 2011. Based on this survey and on the application of inclusion and exclusion criteria, we selected 16 articles, which constituted the study sample. For the analysis and discussion of publications, we synthesized them and divided the care into five distinct categories: pressure relief; nutrition; hygiene; hydration; and care management. The latter was present in many articles, although the pressure relief category has presented the largest number of Nursing care. Thus, this study enabled to understand the Nursing care developed in different realities, with the aim of providing care to patients at risk for pressure ulcers. It is worth mentioning that some Nursing care in the prevention of pressure ulcers depend solely on nurse prescription and on the Nursing staff's implementation, like the change in position, even though the interdisciplinary work is still required for the performance of preventive care in their entirety.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Prevention. Nursing. Stomatherapy.

*Estudo oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, apresentado em 2012 à Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

¹Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE – Fortaleza (CE), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Valdetário Mota, 1.514 – apartamento 701 – Papicu – CEP: 60175-740 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: lucianacatundagomes@yahoo.com.br

²Hospital Mário Kröeff e Hospital de Caucaia – Caucaia (CE), Brasil.

³Curso de Graduação em Enfermagem da UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

Artigo recebido em: 27/05/2015 – Aceito para publicação em: 19/06/2016

RESUMEN

Este estudio objetivó evaluar la evidencia disponible en la literatura sobre las acciones desarrolladas por las enfermeras para la prevención de las úlceras por presión. La investigación fue realizada por medio del método de revisión integradora, y se investigaron artículos con los descriptores “úlceras por presión”, “Enfermería”, “prevención y control” y “cuidados de Enfermería”, disponibles en las bases de datos SciELO y *Base de Datos de Enfermagem* (BDENF), publicados en el período de 2002 a 2011. Resultó en la búsqueda y en la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión 16 artículos, que constituyen la muestra de este trabajo. Para el análisis y la discusión de las publicaciones, estas fueron sintetizadas y los cuidados se dividieron en seis categorías distintas: reducción de la presión; la nutrición; la higiene; la hidratación y la gestión de la atención. Esta última tuvo presente en el mayor número de artículos, aunque la categoría de reducción de la presión se ha presentado el mayor número de cuidados de Enfermería. Se concluye que este estudio permitió aprehender los cuidados de Enfermería desarrollados en diferentes realidades, con el intuito de la búsqueda de atención al paciente en riesgo de úlceras por presión. Cabe señalar que algunas de las acciones de Enfermería para la prevención de úlceras por presión depende únicamente de la prescripción de la enfermera y de la aplicación por parte del personal de Enfermería, como el cambio de posición, pero el trabajo interdisciplinario sigue siendo necesario para la ejecución de cuidados preventivos en su totalidad.

PALABRAS CLAVE: Úlcera por presión. Prevención. Enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência de Enfermagem vem sendo amplamente discutida em razão dos altos custos para a manutenção dos serviços, dos escassos recursos disponíveis, do envelhecimento da população, bem como da prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Desse modo, uma crescente população que está envelhecendo exige política adequada de cuidados e prevenção, sem que os custos com tratamentos aumentem de forma abusiva e assustadora¹.

A prevenção em saúde pode ser entendida como o planejamento cujo resultado consiste na melhoria da qualidade assistencial. Os cuidados preventivos em úlcera por pressão (UP) visam bloquear os estímulos desencadeantes, contribuindo para que o indivíduo não desenvolva lesões por pressão².

As UP consistem em uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou na estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com cisalhamento. São classificadas em estágios de I a IV, com base no comprometimento tecidual e não na gravidade da lesão^{3,4}.

A UP de estágio I se caracteriza por pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. Em estágio II, essas lesões se evidenciam pela perda parcial da espessura dérmica. No estágio III, observa-se a perda de tecido em sua espessura total, e no IV, ocorre a perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão⁵.

Em função da dificuldade em diagnosticar algumas dessas alterações na pele, a nova classificação estabelecida pelo *National*

Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) foi acrescida de mais dois estágios: úlceras que não podem ser classificadas, devido ao comprometimento do tecido, com presença de esfacelo e/ou escara, e quando há suspeita de lesão tissular profunda⁶.

Ao almejar o cuidado com qualidade, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam a etiologia multifatorial presente no desenvolvimento das UP. Assim, as classificações existentes para as UP têm sido ferramentas importantes que proporcionam uma abordagem sistematizada⁶.

Frente ao exposto, elaborou-se o seguinte questionamento: quais são as evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados desenvolvidos por enfermeiros visando à prevenção de UP?

O interesse em desenvolver um estudo sobre os cuidados de Enfermagem na prevenção das UP teve origem a partir da observação e do acompanhamento de pacientes hospitalizados, sejam estes cirúrgicos ou clínicos, que desenvolveram esse tipo de lesão, mesmo após a aplicação de medidas preventivas.

Embora exista nos dias atuais uma vasta tecnologia visando à prevenção e ao tratamento das UP, estudos com relação à prevalência dessas lesões mostram índices ainda elevados, justificando, portanto, a necessidade de estudar e difundir o conhecimento acerca desta problemática. A prevalência desse evento varia entre 3 e 66%, de acordo com as condições do paciente, a doença e o tipo de instituição onde o paciente é tratado, e no ambiente hospitalar, ela varia de 5 a 40%⁷.

Partindo do pressuposto que a prevenção das UPs é passível de ser alcançada, este estudo objetivou avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os cuidados desenvolvidos por enfermeiros com vistas à prevenção de UP.

Ademais, este estudo torna-se relevante, pois resultados poderão nortear os cuidados de Enfermagem e proporcionar a escolha da melhor prática de cuidar a fim de minimizar a problemática apresentada.

MÉTODOS

Estudo bibliográfico, desenvolvido por meio do método de revisão integrativa, a qual constitui de instrumento da prática baseada em evidência, emergindo como metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com novos estudos^{8,9}.

Embora os métodos para conduzir as revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos. Na operacionalização desta revisão, utilizaram-se as seguintes etapas: identificação do tema, busca na literatura, categorização dos estudos e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Nessa perspectiva, realizou-se uma busca na literatura científica em julho de 2012. O acesso ocorreu nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Cada uma delas foi acessada em um mesmo dia até o esgotamento da pesquisa.

Foram aplicados os seguintes descritores em saúde entrecruzados com o marcador booleano “and”: úlcera por pressão/*pressure ulcer*; prevenção/*prevention*; Enfermagem/*Nursing*. Essas terminologias foram consultadas nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs/Bireme).

Incluíram-se as publicações referentes aos cuidados clínicos e gerenciais de Enfermagem para prevenção de UP, artigos publicados entre 2002 e 2011 e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, tutoriais e artigos de revisão.

A princípio, identificaram-se 26 publicações na SciELO e 97 na BDENF, totalizando 123 publicações. Ao refinar para os anos de 2002 a 2011 e para os idiomas português, inglês e espanhol, restaram 15 publicações na SciELO e 54 na BDENF, totalizando 69 artigos. Desses, 26 foram excluídos por não apresentarem textos completos, serem editoriais, revisões, tutoriais e cartas, 9 se repetiam nas bases de dados e 10 não respondiam aos objetivos do estudo. Procedeu-se à leitura de 24 artigos na íntegra, com vistas a indicar os estudos para compor a amostra, dos quais 8 não

tinham como foco central cuidados clínicos e gerenciais de Enfermagem para prevenção de UP. Desta forma, a amostra compôs-se de 16 artigos. A busca foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, com posterior reunião para consenso sobre os artigos que iriam compor a amostra.

Para definir as informações a serem extraídas dos estudos, efetuou-se uma leitura minuciosa e analítica, com auxílio do formulário adaptado.

Posteriormente, os estudos foram submetidos à leitura exaustiva, em que foram extraídas as principais ideias-chave, dispostas em categorias temáticas na discussão dos resultados, possibilitando responder à questão norteadora do estudo. Desse modo, as categorias foram:

1. Alívio de pressão;
2. Nutrição;
3. Higiene;
4. Hidratação e
5. Gerenciamento do cuidado.

Foi utilizada a análise temática como referencial metodológico, favorecendo o aprofundamento das discussões, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tivesse significação definidora do caráter do discurso¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, constam dados característicos das publicações, autoria do estudo e título, bases de dados, periódico, objetivo, delineamento de pesquisa e nível de evidência.

Conforme demonstra a análise dos estudos quanto ao ano de publicação, não houve constância desses nos últimos dez anos. Observou-se maior concentração nos últimos cinco anos, com predomínio em 2011 e 2009 (ambos representando 43,7 e 25,0% da amostra, respectivamente).

As revistas brasileiras lideraram as publicações (15 – 93,7%). A maioria das publicações (14 – 87,5%) foi encontrada em revistas específicas de Enfermagem, porém havia também artigos publicados em revistas de outras áreas específicas da saúde, como a *Ciência & Saúde Coletiva* e a *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* (2 – 12,5%).

O periódico que teve o maior número de publicações foi a *Acta Paulista de Enfermagem* (5 – 31,2%), sendo que 4 (25,0%) desses foram publicados em 2009.

Quadro 1. Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Estudos	Objetivos	Delineamento(s) da pesquisa*	Níveis de evidência**
1	Conhecer a acurácia das escalas de risco para úlcera por pressão de Braden e Waterlow.	Longitudinal	IV
2	Avaliar o risco para úlcera por pressão de pacientes em situação crítica, admitidos em uma unidade de terapia intensiva (UTI), baseando-se na escala de Waterlow, e identificar os fatores de risco para esta enfermidade.	Transversal	IV
3	Estudar a validade preditiva dos escores da escala de Braden em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva e descrever as medidas preditivas implementadas pela equipe de Enfermagem.	Prospectivo	II
4	Encontrar diagnósticos de Enfermagem em pacientes críticos com risco de desenvolver úlceras por pressão.	Transversal e descritivo	IV
5	Caracterizar os pacientes em risco de desenvolver úlceras por pressão e identificar os diagnósticos de Enfermagem correspondentes.	Transversal	IV
6	Identificar o fator crítico que aumenta a demanda e os custos com curativos industrializados.	Observacional, descritivo e longitudinal	IV
7	Avaliar os fatores de risco para úlceras por pressão em pessoas hospitalizadas em função de lesão medular, utilizando a escala de Waterlow e as orientações prestadas para os pacientes antes e após o aparecimento das úlceras.	Transversal e exploratório	IV
8	Analisar o indicador de úlcera por pressão em pacientes críticos internados na UTI de um hospital-escola do Noroeste paulista e elaborar um protocolo assistencial de Enfermagem para a prevenção de úlcera por pressão.	Descritivo, exploratório e retrospectivo	IV
9	Caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes com úlceras por pressão e analisá-lo quanto a sua localização, aos diagnósticos médicos e ao potencial de risco, conforme a escala de Braden.	Descritivo e exploratório	IV
10	Avaliar a aplicabilidade da escala de Braden em pacientes de terapia intensiva.	Transversal e descritivo	IV
11	Estimar a incidência cumulativa e a densidade da incidência de úlcera por pressão e descrever a ocorrência das ações de Enfermagem em dois hospitais do estado da Bahia, antes e durante a intervenção educativa.	Coorte prospectivo	II
12	Verificar a associação entre a ocorrência de úlcera por pressão em pacientes em estado crítico com escores da escala de Braden, gravidade do paciente e carga de trabalho de Enfermagem e identificar os fatores de risco para úlcera por pressão em pacientes da UTI.	Transversal	IV
13	Conhecer a incidência de úlcera por pressão nos períodos pré- e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos e descrever as medidas preventivas implementadas pela equipe de Enfermagem durante esses períodos.	Coorte prospectivo	II
14	Desenvolver uma proposta educacional <i>on-line</i> sobre o tema 'úlcera por pressão' para alunos e profissionais de Enfermagem.	Estudo metodológico	III
15	Identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem de um hospital de Minas Gerais acerca do tratamento e das medidas de prevenção de úlceras por pressão.	Estudo descritivo	IV
16	Verificar as evidências dos cuidados de Enfermagem na incidência da úlcera por pressão no paciente de UTI, por meio da aplicação de recomendações terapêuticas propostas na escala de Braden.	Longitudinal	IV

*Os delineamentos enumerados neste quadro estão descritos como no artigo analisado. **O nível de evidência dos estudos foi determinado segundo a classificação de Polit, Beck e Hungler¹¹.

Em relação aos delineamentos da pesquisa, 75% (12 artigos) das publicações eram do tipo pesquisa qualitativa. Encontrou-se força de evidência de menor magnitude, porém não foram identificados estudos de forte nível de evidência, como aqueles resultantes de pesquisas clínicas randomizadas ou experimentais.

Encontraram-se cuidados de Enfermagem nos aspectos clínicos e gerenciais na prevenção de UP que foram agrupados em categorias e discutidos posteriormente.

Categoria 1: Alívio de pressão

Os cuidados de Enfermagem relacionados ao alívio de pressão foram: mudança de decúbito, utilização de colchão adequado, cabeceira elevada no máximo a 30°, proteção de saliências ósseas e posicionamento correto no leito. Este estudo mostra que o cuidado referente à mudança de decúbito foi citado em todos os artigos. O objetivo disso é reduzir ou eliminar a pressão de interface, melhorando a microcirculação nas regiões do corpo que apresentam riscos¹¹. Este cuidado é um pilar nos protocolos de prevenção das UPs, dependendo exclusivamente da prescrição do enfermeiro e da implementação da equipe de Enfermagem.

Embora esse cuidado seja eficaz, inclusive com resultados na literatura, a mudança de decúbito foi pouco realizada¹².

Alguns dos determinantes críticos para o aparecimento de UP são a intensidade e a duração prolongada de pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. A este aspecto, pode-se relacionar a mobilidade do paciente, entendida como a capacidade de mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais¹³. Em pacientes com dificuldade ou impossibilidade de realizar esse cuidado, este deve ser realizado pela equipe de Enfermagem.

Estudos com pacientes neurológicos, considerando o risco de desenvolver UP, enfatizam a importância de medidas preventivas, de fácil operacionalização e que dependem exclusivamente da Enfermagem, como é o caso da mudança de decúbito¹⁴. Em uma investigação examinada, dos 60 pacientes avaliados, apenas 33 recebiam medidas preventivas e somente em 19 pacientes foi realizada a mudança de decúbito. Outro estudo buscou identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem a respeito das formas de prevenção de UP¹⁵.

Quando os profissionais foram indagados sobre qual medida preventiva realizavam, 100% deles citaram a mudança

de decúbito. Outro estudo quantificou os cuidados preventivos de Enfermagem relacionados à UP e comparou dois grupos, um que desenvolveu tal enfermidade e outro que não a desenvolveu. No grupo sem UP, o cuidado 'mudança de decúbito' foi realizado 335 vezes, enquanto que, no outro, foram 271 vezes. Este estudo concluiu que cuidados preventivos são significativos para reduzir as UP¹⁶.

O segundo cuidado de Enfermagem que compõe a categoria alívio de pressão foi a utilização de colchão adequado. Diferentemente da mudança de decúbito, que depende exclusivamente da Enfermagem, a utilização de colchões específicos depende da sua existência na instituição¹⁵.

O colchão mais citado foi o caixa de ovo^{3,13-16}. A utilização desse tipo foi referida como cuidado preventivo para UP³, porém outro estudo quantificou esse cuidado e o relacionou ao aparecimento ou não de UP, em que pacientes que não desenvolveram UP receberam quantitativo maior desse cuidado¹⁶.

Além do uso de colchões, foi também mencionado o emprego de travesseiros, coxins e almofadas que podem oferecer conforto ao paciente por contribuírem para evitar a UP, pois mantêm proeminências ósseas longe do contato direto uma com a outra¹⁵.

O cuidado de Enfermagem posicionamento correto no leito foi destacado em apenas dois artigos. Somente uma pesquisa realizada apresentou esse cuidado³, e outras relataram que o grupo de pacientes sem UP o recebeu mais vezes. Isso motiva-nos a questionar sobre o conhecimento dos profissionais a respeito desta medida preventiva¹⁶.

Categoria 2: Nutrição

A alteração da nutrição pode contribuir para o desenvolvimento das UPs, pois um organismo subnutrido apresenta alterações no transporte de oxigênio e diminuição da resistência à infecção por causa do efeito no sistema imunológico. As deficiências de vitaminas A, C e E também podem contribuir para o desenvolvimento da UP, pelo papel que têm na síntese de colágeno, imunidade e integridade epitelial¹⁵.

Dos 16 artigos analisados nesta revisão, quatro foram incluídos na categoria nutrição e apenas a intervenção 'suporte nutricional adequado' foi citada como cuidado de Enfermagem visando à prevenção de UP^{3-5,15}.

Sinaliza-se que profissionais de Enfermagem devem se atentar para a ingestão nutricional, pois a desnutrição proteica calórica grave é capaz de alterar a regeneração tissular, a reação inflamatória e a reação imune³.

No presente estudo, somente 20% dos profissionais de Enfermagem entrevistados citaram a alimentação como uma intervenção para prevenção de UP¹⁵.

Categoria 3: Higiene

A higienização da pele é medida fundamental tanto para evitar a UP quanto para o conforto do paciente e a evolução positiva do estado de saúde¹⁵.

Na categoria higiene, somente a ação higienização da pele foi encontrada em quatro artigos^{4,8,11,15}. A higienização do paciente na unidade hospitalar é uma atividade realizada rotineiramente pela equipe de Enfermagem, porém apenas 33,3% dos entrevistados da equipe de Enfermagem relataram realizar esse cuidado⁴.

Analisando criticamente essa categoria, observou-se que, embora a Enfermagem esteja atuando diariamente e desde os primórdios como profissão na higienização da pele dos enfermos, esse cuidado foi pouco citado e reconhecido como cuidado eficaz para prevenção de UP.

Categoria 4: Hidratação

Os cuidados de Enfermagem relacionados à hidratação foram: hidratação oral ou endovenosa e hidratação da pele. Esta última do paciente em risco potencial para o surgimento de UP é indicada por evitar o ressecamento da pele e a consequente diminuição da elasticidade, fatores que resultam em fissuras e rompimento das camadas da pele¹⁵.

A maioria dos profissionais de Enfermagem entrevistados, cerca de 60,0%, afirmou realizar a hidratação da pele dos pacientes¹⁴. Esse cuidado constitui importante atividade a ser feita pela equipe de Enfermagem². Contudo, em outro estudo, um grupo sem UP recebeu mais vezes esse cuidado quando comparado a um grupo com UP¹⁶.

Apenas um único estudo abordou a hidratação da pele e a oral ou endovenosa como cuidado importante na prevenção de UP¹³. Os cuidados referentes à hidratação da pele foram pouco realizados nos hospitais e, quanto à hidratação oral e endovenosa, este artigo mostrou que o padrão de desempenho em um hospital para esse tipo de cuidado foi comprometido.

Categoria 5: Gerenciamento do cuidado

O uso de indicadores tem sido uma prática cada vez mais difundida nos atuais modelos de gestão, principalmente como ferramenta que auxilia não somente no monitoramento e

na prevenção de situações indesejadas, mas, também, na tomada de decisões operacionais e estratégicas².

Na categoria gerenciamento do cuidado, foram listados dois cuidados de Enfermagem: utilização da escala de avaliação do grau de risco e protocolo para prevenção de UP.

A utilização das escalas de avaliação de risco para UP requer pouca habilidade do profissional enfermeiro, embora requeira tempo mais longo na assistência para avaliação e acompanhamento. Atualmente, há em torno de 40 escalas de avaliação de risco, sendo as mais conhecidas e utilizadas as de Norton, Waterlow e Braden¹⁷. No entanto, a escala de Braden é a mais empregada mundialmente, tanto em pesquisa como na prática clínica. Foi desenvolvida por Braden e Bergstrom como estratégia para diminuir a incidência de UP no serviço onde trabalhavam^{12,18}.

A escala de Braden é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Dessas seis, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão — percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão — umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, referente à fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3¹⁸. Adicionando escores nas seis subescalas, produz-se um escore de risco total que varia de 6 a 23, e a pontuação mais baixa indica maior risco de desenvolver UP¹².

A maioria dos pacientes avaliados, segundo a escala de Braden, em uma unidade de terapia intensiva (UTI), teve um risco elevado ou moderado de desenvolver UP^{19,20}. Outros relataram que 98,7% dos pacientes internados em uma UTI apresentaram risco de desenvolver UP²¹.

Ainda sobre escalas de risco, a única que apresenta características da pele como fator de risco é a de Waterlow, constituindo item importante e diferencial^{17,22}. Essa foi criada pela enfermeira Judy Waterlow, em 1985, com a finalidade de avaliar os riscos de UP, após os resultados de uma pesquisa com 650 pacientes hospitalizados no Reino Unido, que incluía diversas unidades de internação. Propôs-se um modelo de cuidados em forma de um cartão de pontuação²².

A escala de Waterlow é um indicador que emprega um maior número de variáveis, tendo como vantagem a divisão do grau de risco em categorias, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o risco. Também avalia sete tópicos principais: relação peso/altura, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite

e medicação²³. Além disso, possui quatro itens que pontuam fatores de riscos especiais: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (acima de duas horas) e trauma abaixo da medula lombar²⁴.

Um estudo comparou as escalas de Braden e Waterlow e teve como intuito conhecer a acurácia das escalas de Braden e Waterlow em pacientes críticos, constatando fatos importantes, como os melhores coeficientes de validade da escala de Waterlow em avaliar o risco de UP, em relação à Braden, em uma população diferente, como é a de adultos jovens do sexo masculino²⁴.

Com a finalidade de sistematizar as atividades de Enfermagem, reduzir a incidência de UP, facilitar o trabalho assistencial e oferecer satisfação ao paciente e à família, mediante um cuidado qualificado, elaborou-se um protocolo assistencial de Enfermagem para prevenção de UP². Este teve como propósito sistematizar e implantar atividades desenvolvidas tanto por enfermeiros como por outros membros da equipe de Enfermagem.

Ao analisar os artigos incluídos nesta revisão, encontraram-se dois que abordaram a educação permanente como modelos de gestão, os quais foram divididos em dois cuidados de Enfermagem distintos: intervenções educativas em serviço e desenvolvimento de um produto *on-line* para capacitação de enfermeiros^{8,14}.

Estudo realizado numa Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado de Fortaleza, Ceará, mostrou que a introdução de programas educativos diminuiu a incidência de UP²³. No entanto, em outra pesquisa desenvolvida em dois hospitais do Estado da Bahia, a intervenção educativa, por si só, não foi suficiente para mudar as incidências de UP e o padrão de desempenho no cuidado preventivo para UP pelos trabalhadores de Enfermagem¹³.

A literatura aponta que a construção de novas tecnologias educacionais como desenvolvimento de uma proposta

educacional virtual tem sido necessária por favorecer o aprendizado sobre UP a estudantes da graduação e profissionais de Enfermagem, uma vez que essas lesões representam um desafio aos profissionais da saúde e aos serviços de saúde²⁴.

No entanto, mesmo conhecendo a importância da educação permanente na prevenção e recuperação de paciente com UP, ainda existem poucos artigos sobre a temática.

CONCLUSÕES

Apreenderam-se os cuidados de Enfermagem desenvolvidos nas diferentes realidades, visando cuidar do paciente em situação de risco para UP e buscando melhoria na qualidade de vida desta população. Destacou-se o uso das escalas de avaliação do grau de risco presente na grande maioria dos artigos analisados. O emprego desses instrumentos norteia o cuidado diário e orienta protocolos de prevenção instituídos em unidades hospitalares.

Observou-se que os cuidados de Enfermagem para prevenir as UPs dependem exclusivamente da prescrição do enfermeiro e da implementação por parte da equipe de Enfermagem, como a mudança de decúbito. Outros dependem do trabalho interdisciplinar dos profissionais de saúde, porém a equipe de Enfermagem continua sendo responsável pela execução de cuidados preventivos.

Dessa forma, acredita-se que esta revisão integrativa pode ser uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados, facilitando a utilização destes na prática clínica do enfermeiro em relação aos cuidados clínicos e gerenciais para prevenção de UP, uma vez que proporciona síntese do conhecimento produzido e fornece subsídios para melhoria da assistência à saúde e da qualidade de vida dos pacientes e otimização dos recursos humanos e materiais.

REFERÊNCIAS

1. Rogenski NM, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da escala de Braden interobservadores. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):24-8.
2. Bereta RP, Zborowski IP, Simão CM, Anselmo AM, Ribeiro S, Magnani L. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. *Cuidarte Enferm.* 2010;4(2):80-6.
3. Scarlatti KC, Michel JL, Gamba MA, Gutiérrez MG. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(6):1372-9.
4. Passamani RF, Brandão ES, Passamani RF. Úlcera por pressão: avaliação do risco em pacientes cirúrgicos. *Rev Estima.* 2012;10(2):12-8.

5. Rangel EM, Caliri MH. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. *Rev Eletr Enferm* [on-line]. 2009 [citado 2015 mar 16]; 11(1):70-7. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf
6. Marques LG, Vieira ML, Pereira SE. A construção do conhecimento dos enfermeiros perante a nova classificação da úlcera por pressão. *Rev Estima*. 2013;11(1):13-21.
7. Campos SF, Chagas AC, Costa AB, França RE, Jansen AK. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Rev Nutr*. 2010;23(5):703-14.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Rev Einstein*. 2010;8(1):102-6.
9. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
10. Minayo MC, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.
12. Costa IG, Caliri MH. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(6):772-7.
13. Anselmi ML, Peduzzi M, França Júnior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de Enfermagem. *Acta Paul Enferm* [on-line]. 2009 [citado 2015 mar 16];22(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300004
14. Diccini S, Camaduro C, Iida LI. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):205-9.
15. Martins DA, Soares FF. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlcera de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):83-7.
16. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão – evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):279-84.
17. Araújo TM, Araújo MF, Caetano JA, Galvão MT, Damasceno MM. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(4):671-6.
18. Lima AC, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):267-77.
19. Araújo CR, Lucena ST, Santos IB, Soares MJ. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):359-64.
20. Silva EW, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VT. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):175-85.
21. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SS, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22:897-902.
22. Studart RM, Carvalho ZM, Melo EM, Lopes MV, Barbosa IV. A escala de Waterlow aplicada em pessoas com lesão medular. *Av Enferm*. 2011;29(2):247-54.
23. Araújo TM, Moreira MP, Caetano JA. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):58-63.
24. Costa JB, Peres HH, Rogenski NM, Baptista CM. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):607-11.

Úlceras Por Pressão em Neonatos Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Série de Casos*

Pressure Ulcers in Newborns Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: a Case Series

Úlceras por Presión en Recién Nacidos Internados en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: Serie de Casos

Talita Faraj Faria¹, Ivone Kamada²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência de úlceras por pressão em recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de Brasília, Distrito Federal, Brasil. Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo, do tipo série de casos, realizado de setembro a dezembro de 2014. Foram avaliados seis recém-nascidos que desenvolveram úlcera por pressão durante seu período de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Em quatro neonatos, as úlceras estiveram associadas ao uso do *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP), causando lesões no septo nasal, e em dois neonatos, ao posicionamento deles em sua acomodação, ocasionando lesões na região occipital. É fundamental que os enfermeiros identifiquem os riscos para o surgimento de úlceras por pressão e elaborem e/ou utilizem escalas para predição de risco, visando à melhora da qualidade da assistência e reduzindo as complicações decorrentes deste tipo de lesão, o tempo de hospitalização, a mortalidade e os custos para o tratamento.

DESCRITORES: Úlcera por pressão. Recém-nascido. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Estomaterapia.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the occurrence of pressure ulcers in newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of a public hospital in Brasília, in the Federal District, Brazil. This was an exploratory, descriptive and case series study, which was conducted between September and December 2014. Six newborns who developed pressure ulcer during their hospitalization period in the Neonatal Intensive Care Unit were evaluated. In four of the newborns, the ulcers were associated with the use of the *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP), causing injuries in the nasal septum, and in two of them, they were associated with their position in bed, resulting in injuries in the occipital region. It is essential that the nurses identify the risks of development of pressure ulcers and elaborate and/or use risk assessment scales for prediction, aiming to improve the care quality and decrease the complications from this kind of injury, hospitalization time, mortality, and treatment costs.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Infant, newborn. Intensive Care Units, Neonatal. Stomatherapy.

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado "Incidência de lesões de pele em neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal", apresentado ao Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, em 2015.

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro – CEP: 70910-900 – Asa Norte – Brasília (DF), Brasil – E-mail: talitafaraj@gmail.com

²Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UnB – Brasília (DF), Brasil.

Artigo recebido em: 26/10/2015 – Aceito para publicação em: 23/12/2015

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir la ocurrencia de úlceras por presión en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de un hospital público de Brasília, Distrito Federal, Brasil. Se trata de un estudio exploratorio de carácter descriptivo y serie de casos, realizado en el periodo de septiembre hasta diciembre del 2014. Se evaluaron seis recién nacidos que desarrollaron úlcera por presión durante su periodo de internación en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. En cuatro neonatos, las úlceras estuvieron asociadas al uso del *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP), lo que causó lesiones en su septo nasal, y en dos neonatos las úlceras estuvieron asociadas al posicionamiento del recién nacido en su acomodación, resultando en lesiones en la región occipital. Es fundamental que los enfermeros identifiquen los riesgos para el surgimiento de úlceras por presión y elaboren y/o utilicen escalas de predicción de riesgo, con el intuito de la mejora de la calidad de la asistencia y para reducir las complicaciones decurrentes de este tipo de lesión, el tiempo de hospitalización, la mortalidad y los costos para el tratamiento.

DESCRIPTORES: Úlcera por presión. Recién nacido. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

A pele compõe 13% da superfície corporal do recém-nascido e sua fragilidade representa uma maior absorção transepidermica de substâncias, um aumento das necessidades hídricas, o risco para instabilidade térmica, assim como maior colonização de microrganismos e infecção invasiva¹. Aproximadamente 80% da morbidade e mortalidade dos neonatos está relacionada a traumas ou alterações da função normal da pele, como consequência de sua imaturidade funcional associada ao manejo inadequado dos profissionais que prestam a assistência¹.

De acordo com estudos realizados em Unidades Neonatais, as lesões de pele mais frequentes nos recém-nascidos são: hematomas, eritema, escoriações, equimoses, pústulas, monilíase e infiltração^{2,3}. Em uma revisão de literatura⁴, a prevalência de úlcera por pressão (UP) na população pediátrica variou de 2 a 28%, e a incidência de UP nesta população admitida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi de 26%.

A UP é uma lesão localizada na pele, no tecido e/ou na estrutura subjacente, geralmente sobre proeminência óssea, que resulta de pressão isolada ou combinada com cisalhamento⁵. É considerada um agravo comum que dificulta a recuperação dos pacientes acometidos; prolonga o período de internação; aumenta o risco de infecções; gera custos elevados para os pacientes e para os serviços de saúde, além de contribuir para o aumento da taxa de mortalidade⁶.

A hospitalização de neonatos pode ser considerada um fator de risco para o surgimento das lesões de pele, incluindo as UP, em função de comprometimento da perfusão, imaturidade da pele, alteração do nível de consciência e da percepção sensorial, limitação da mobilidade espontânea, uso de dispositivos médicos, instabilidade hemodinâmica, retenção de líquidos, entre outros⁷.

É importante considerar a UP como uma complicação grave do paciente hospitalizado e, assim, a equipe multidisciplinar deve estar engajada na implantação de protocolos para este tipo de lesão, principalmente aos pacientes que estão mais expostos ao risco⁸. A manutenção da integridade da pele do neonato durante o período crítico é fundamental, uma vez que ela é uma barreira protetora dos órgãos internos e fatores como dermatites, úlceras, traumatismos, etc. podem prejudicar a função de proteção dessa membrana⁹.

OBJETIVO

O presente trabalho objetivou relatar a ocorrência de UP em recém-nascidos internados na UTI Neonatal de um hospital público de Brasília, no Distrito Federal, bem como descrever as suas características e os fatores associados ao seu surgimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descriptivo, do tipo série de casos, realizado na UTI Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), no Distrito Federal, de setembro a dezembro de 2014. Foram incluídos os recém-nascidos que tinham, no máximo, 28 dias de vida no momento da admissão e que permaneceram internados por um período mínimo de 24 horas. Foram excluídos da amostra os recém-nascidos que os representantes legais se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido ou retiraram o seu consentimento.

A amostra de conveniência foi constituída por seis recém-nascidos que desenvolveram UP durante o seu período de internação na UTI. Os dados sociodemográficos e clínicos dos neonatos foram levantados por meio de análise dos prontuários. As informações referentes às UP também foram coletadas pelo exame dos prontuários e pela avaliação clínica⁵, por meio da observação direta dos neonatos durante a realização dos procedimentos de rotina do setor pela equipe de Enfermagem. Não houve o registro da utilização de escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP pelos profissionais.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sendo aprovado em 08 de setembro de 2014 pelo parecer consubstanciado 781.809.

RESULTADOS

Dentre os neonatos estudados, três eram do sexo masculino e três do feminino. A maioria era procedente do Distrito Federal e apenas um participante era de outro estado (Tabela 1).

Em relação ao motivo da internação dos recém-nascidos na UTIN, três tinham o diagnóstico médico de Síndrome do Desconforto Respiratório ou Doença da Membrana Hialina (SDR/DMH) e três tinham outros diagnósticos, tais como gastroquise, septicemia bacteriana e asfixia perinatal.

Quanto ao surgimento das UP, quatro neonatos apresentaram lesão na região nasal e dois na occipital, conforme evidencia a Tabela 2.

Tabela 1. Distribuição dos recém-nascidos segundo suas características sociodemográficas e clínicas, Brasília, Distrito Federal, 2014.

RN	Sexo	Peso ao nascer	Procedência	Tipo de parto	Total de dias de internação	Acomodação do RN na UTI Neonatal
1	M	1.096 g	Palmital, Minas Gerais	Cesárea	17	Incubadora
2	F	1.036 g	Riacho Fundo, Distrito Federal	Normal	35	Incubadora
3	M	1.665 g	Ceilândia, Distrito Federal	Normal	38	Incubadora
4	M	1.035 g	Riacho Fundo, Distrito Federal	Normal	Superior a 60	Incubadora
5	F	3.000 g	Planaltina, Distrito Federal	Cesárea	18	Berço aquecido
6	F	3.645 g	Brazlândia, Distrito Federal	Cesárea	19	Berço aquecido

RN: recém-nascidos; M: masculino; F: feminino; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 2. Distribuição dos recém-nascidos de acordo com as características das úlceras por pressão, Brasília, Distrito Federal, 2014.

RN	Dias de nascido quando surgiu a UP	Localização da lesão	Estadiamento da UP	Fatores de risco para o surgimento da UP
1	9	Nasal	Categoria II	Uso do CPAP com pronga nasal por mais de 2 dias
2	4	Nasal	Categoria II	Uso do CPAP com pronga nasal por mais de 2 dias
3	10	Nasal	Categoria II	Uso do CPAP com pronga nasal por mais de 2 dias
4	6	Nasal	Categoria II	Uso do CPAP com pronga nasal por mais de 2 dias
5	12	Occipital	Categoria II	Ventilação mecânica; mobilidade prejudicada
6	19	Occipital	Categoria I	Ventilação mecânica; mobilidade prejudicada

RN: recém-nascidos; M: masculino; F: feminino; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UP: úlcera por pressão; CPAP: *Continue Positive Airway Pressure*.

Os quatro recém-nascidos que desenvolveram UP na região nasal tiveram suas lesões associadas ao uso do *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP), com erosão no septo e sangramento. Os neonatos que desenvolveram UP na região occipital tiveram suas lesões associadas ao posicionamento em sua acomodação, sendo que um deles apresentou eritema não branqueável na região acometida e o outro, perda parcial da espessura da pele, tendo suas lesões classificadas respectivamente como categorias I e II.

Em relação ao tratamento implementado para o tratamento das lesões, registrou-se uso do hidrocoloide extrafino apenas nas úlceras localizadas na região occipital.

DISCUSSÃO

Os danos causados por dispositivos como cateteres, tubos de oxigênio, ventilação mecânica, entre outros, podem ocasionar úlceras em locais pouco habituais no recém-nascido, como orelha, nariz e abdome¹⁰. Em um estudo realizado na UTIN de um Hospital Universitário em Pernambuco¹¹, a incidência de lesão no septo nasal decorrente do uso de CPAP foi de 62,9% e, entre os recém-nascidos que tiveram lesão categoria II, foi de 36,4%. Verificou-se que quanto maior o tempo de uso do CPAP, maior é a incidência das lesões de categorias II e III. Este é um fator preocupante já que os danos observados nesses estágios podem variar de necrose à perda total do septo nasal¹¹.

Outro estudo realizado em uma Unidade Neonatal de Maceió¹² observou que todos os neonatos que utilizaram CPAP com pronga nasal por um período mínimo de dois dias tiveram lesões, sendo que, em 19,7% destes recém-nascidos, elas foram classificadas como moderadas, ou seja, apresentaram sangramento ou sangramento e erosão. No presente estudo, os quatro neonatos que desenvolveram úlcera pelo uso do CPAP eram prematuros e também

apresentaram sangramento e erosão na região nasal, corroborando os dados citados.

Os recém-nascidos do presente trabalho que desenvolveram UP na região occipital estavam acomodados em berço aquecido. Um deles teve sua lesão classificada como categoria I e o outro como categoria II, coincidindo com dados de outro estudo¹³. Para prevenção das UP, recomenda-se o reposicionamento no leito a cada duas a três horas, conforme sua estabilidade, assim como o uso de colchões especiais, a inspeção frequente da pele, o manuseio adequado da pele do neonato, o uso de protetores sob os dispositivos, entre outros^{5,10,14}.

É fundamental que os enfermeiros identifiquem os riscos para o surgimento de UP e elaborem e/ou utilizem escalas para predição de risco, visando à melhora da qualidade da assistência e reduzindo as complicações decorrentes deste tipo de lesão, o tempo de hospitalização, a mortalidade e os custos para o tratamento.

CONCLUSÃO

Os resultados deste relato evidenciam a necessidade da criação de protocolos e/ou a utilização de instrumentos que visem à manutenção da integridade da pele do recém-nascido, avaliando-a criteriosa e continuamente. Estes podem ser ferramentas úteis para identificar qualquer alteração no sistema tegumentar do neonato e, assim, prevenir a ocorrência de UP e suas consequências.

Observou-se um número reduzido de estudos nacionais sobre a incidência e prevalência de UP em neonatos internados nas UTI Neonatais. Desse modo, espera-se que os dados apresentados por meio deste relato possam despertar o interesse de enfermeiros para o desenvolvimento de novos estudos incluindo recém-nascidos que estão nas condições semelhantes às que foram descritas.

REFERÊNCIAS

- Martins CP, Tapia CEV. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(5):778-83.
- Nepomuceno LMR, Kurcgant P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(4):665-72.
- Fontenele FC, Cardoso MV. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):130-7.
- Kottner J, Wilborn D, Dassen T. Frequency of pressure ulcer in the paediatric population: a literature review and new empirical data. *Int J Nursing Studies.* 2010;47(10):1330-40.

5. Haesler E (ed.). European Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Australia: Cambridge Media; 2014.
6. Sales MC, Borges EL, Donoso MT. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. *Rev Min Enferm.* 2010;14(4):566-75.
7. Visscher M, Taylor T. Pressure ulcer in the hospitalized neonate: rates and risk factors. *Sci Reports.* 2014;4:7429.
8. Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):223-8.
9. Fontenele FC, Pagliuca LM, Cardoso MV. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. *Esc Anna Nery.* 2012;16(3):480-5.
20. Santos SV, Costa R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(3):731-9.
21. Bomfim SF, Vasconcelos MG, Sousa NF, Silva DV, Leal LP. Lesão de septo nasal em neonatos pré-termo no uso de prongas nasais. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014;22(5):826-33.
22. Nascimento RM, Ferreira AL, Coutinho AC, Veríssimo RC. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. *Rev Latino-Am Enferm.* 2009;17(4):489-94.
23. Crozeta K, Stocco JGD, Danski MT, Meier MJ. Úlceras por pressão em neonatos e crianças: perfil epidemiológico e clínico. *Rev Min Enferm.* 2010;14(2):233-8.
24. Ness MJ, Davis DM, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review. *Int J Dermatol.* 2013;52(1):14-22.

Gel de *Chamomilla Recutita* Para Reação de Pele em Paciente Submetido à Quimiorradioterapia: Relato de Caso

Chamomilla Recutita Gel for Skin Reactions of Patient Submitted to Chemoradiation Therapy: Case Report

Chamomilla Recutita Gel Para Reacciones Cutáneas en Pacientes Sometidos a Quimiorradioterapia: Reporte de un Caso

Elaine Barros Ferreira¹, Priscila de Souza Maggi Bontempo^{1,2}, Marcos Antônio dos Santos², Luis Felipe Oliveira e Silva², Samuel Ramalho Avelino², Paula Elaine Diniz dos Reis³

RESUMO

O presente relato tem o objetivo de descrever o efeito do gel de *Chamomilla recutita* (*C. recutita*) em radiodermatite de paciente submetido à quimiorradioterapia — paciente do sexo masculino, com neoplasia de orofaringe, que fez uso do gel na concentração de 8,35% na região irradiada. A partir da 16ª sessão, o paciente apresentou radiodermatite Grau I, segundo escore Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), caracterizada por leve eritema da região irradiada. A graduação foi mantida até o final da radioterapia, com evolução dos sinais apresentados para hiperpigmentação e descamação seca. Os benefícios clínicos da *C. recutita* na prevenção e no tratamento da radiodermatite evidenciam a importância de estudos experimentais, que possam corroborar os resultados descritos, considerando que a intervenção se mostrou uma alternativa de fácil implementação, fornecendo proteção e conforto ao paciente.

DESCRIPTORIOS: Radiodermatite. Quimiorradioterapia. *Chamomilla*. Estomaterapia.

ABSTRACT

This report aims at describing the effect of *Chamomilla recutita* (*C. recutita*) gel in radiodermatitis of a patient submitted to chemoradiotherapy — male patient, with oropharyngeal cancer, that used the gel in the 8.35% concentration in the irradiated region. From the 16th session, the subject presented Grade I radiodermatitis, according to the RTOG score, characterized by mild erythema in the irradiated region. Graduation was maintained until the end of radiotherapy, with an increase of the signals presented for hyperpigmentation and dry desquamation. The clinical benefits of *C. recutita* in the prevention and treatment of radiodermatitis show the importance of experimental studies that may corroborate the described results, considering that the intervention proved to be an alternative of easy implementation, thus providing protection and comfort to the patient.

DESCRIPTORS: Radiodermatitis. Chemoradiotherapy. *Chamomilla*. Stomatherapy.

Trabalho desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Aplicada à Prática Clínica em Oncologia, vinculado ao CNPq.

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (PPGENF/UnB) – Brasília (DF), Brasil.

²Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (CACON/HUB) – Brasília (DF), Brasil.

³Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

Endereço para correspondência: Elaine Barros Ferreira – Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – CEP: 70910-900 – Brasília (DF), Brasil. E-mail: elaine.barrosf@gmail.com

Artigo recebido em: 24/09/2015 – Aceito para publicação em: 25/07/2016

RESUMEN

Este reporto tiene como objetivo describir el efecto del gel de *Chamomilla recutita* (*C. recutita*) en la radiodermatitis en pacientes sometidos a quimiorradioterapia. Paciente del género masculino, con el cáncer de la orofaringe. El paciente ha hecho uso del gel a una concentración de 8,35% en la región irradiada. Desde el 16º período de sesiones, él ha presentado la radiodermatitis del Grado I, de acuerdo con la puntuación RTOG, caracterizada por eritema leve de la región irradiada. La graduación se mantuvo hasta el final de la radioterapia, con un aumento de las señales presentadas a la hiper-pigmentación y descamación seca. Los beneficios clínicos de *C. recutita* en la prevención y en el tratamiento de la radiodermatitis muestran la importancia de estudios experimentales que puedan corroborar los resultados descritos, considerando que la intervención se demostró como una alternativa fácil de implementar, proporcionando la protección y la comodidad para el paciente.

DESCRIPTORES: Radiodermatitis. Quimiorradioterapia. *Chamomilla*. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço localmente avançado tem como tratamento padrão a quimiorradioterapia com cisplatina¹. Embora essa associação terapêutica seja benéfica na terapia antineoplásica, ela pode aumentar a incidência e a severidade de reações adversas — como a radiodermatite —, sendo importante seu manejo adequado e considerando os impactos negativos das reações no tratamento e na qualidade de vida do paciente².

No que diz respeito à prevenção e ao tratamento da radiodermatite, as intervenções aplicadas são inconsistentes, havendo discordância entre as diversas recomendações oferecidas aos pacientes³.

A aplicação tópica da *Chamomilla recutita* (*C. recutita*) tem sido demonstrada em estudos quanto aos seus benefícios no tratamento de reações da pele — como dermatite, eczema, radiodermatite e cicatrização de feridas⁴ —, bem como sua propriedade anti-inflamatória, atribuída aos seus constituintes — como camazuleno, α -bisabolol e apigenina⁵.

O presente relato teve por objetivo descrever o efeito do gel de *C. recutita* em radiodermatite de paciente submetido à quimiorradioterapia.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso realizado no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015.

O relato descreve o uso tópico do gel de *C. recutita* por paciente com neoplasia de orofaringe submetido à radioterapia. O gel, manipulado em farmácia de manipulação especializada, composto pelo extrato da flor de *C. recutita* em meio aquoso, apresenta concentração de 8,35%, sendo esta utilizada como intervenção em estudo de fase II, conduzido para determinação da dose de segurança do gel nesses pacientes, conforme protocolo de estudo registrado no *Clinical Trials* (NCT02249884).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), processo CAAE nº 24692813.6.0000.0030, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Obtiveram-se, ainda, o termo de consentimento livre e esclarecido do paciente e a assinatura da autorização do termo de uso de imagem. Os dados foram coletados a partir de entrevista, prontuário do paciente, avaliação e acompanhamento diário da evolução da reação local.

RESULTADOS

Paciente do sexo masculino, 48 anos, com neoplasia de orofaringe, submetido à radioterapia, concomitante à quimiorradioterapia com cisplatina, a cada 21 dias. Paciente nega tabagismo e refere baixo consumo de bebidas alcoólicas.

Realizou radioterapia conformacional tridimensional (3D-CRT) com feixes de fótons de 6 MV, recebendo dose de 45 Gy, em 25 frações, nas cadeias de drenagem eletivas e um complemento de 25,2 Gy, em 14 frações, no volume tumoral macroscópico, totalizando 70,2 Gy.

Concomitante ao início da radioterapia, o paciente aplicou, sem interrupções, três vezes ao dia, gel de *C. recutita* a 8,35% na região irradiada. As orientações referentes aos cuidados ao longo do tratamento — evitar exposição ao sol da área irradiada, hidratação com consumo de 2 L de líquidos diariamente, evitar extremos de temperatura, não utilizar lâmina de barbear para retirada dos pelos, limpeza da região com solução saponácea e não aplicar outro produto sobre a área irradiada — foram oferecidas pela enfermeira, no momento da consulta de Enfermagem, que antecedeu o início do tratamento. Dentre as orientações quanto à aplicação do produto, o paciente era informado quanto à forma e quantidade de aplicação e quanto à remoção do produto da pele antes de cada sessão de radioterapia. Foi realizado acompanhamento diário para avaliação da pele e fotografada semanalmente a região irradiada para acompanhamento da evolução da reação cutânea.

Paciente iniciou a radioterapia com pele íntegra, sem qualquer alteração (Figura 1). A partir da 16ª sessão, apresentou radiodermatite Grau I, segundo escore RTOG para toxicidade aguda⁶, caracterizada por leve eritema em região irradiada (Figura 2). Ao final da segunda fase da radioterapia, o paciente evoluiu com hiperpigmentação da área irradiada e áreas de descamação seca, indicativos de radiodermatite Grau I (Figura 3), mantendo, portanto, a mesma graduação

para reação cutânea, ainda que com evolução dos sinais apresentados, ao longo de todo tratamento. O paciente referiu sensação de alívio, conforto e frescor na região irradiada ao utilizar o produto.

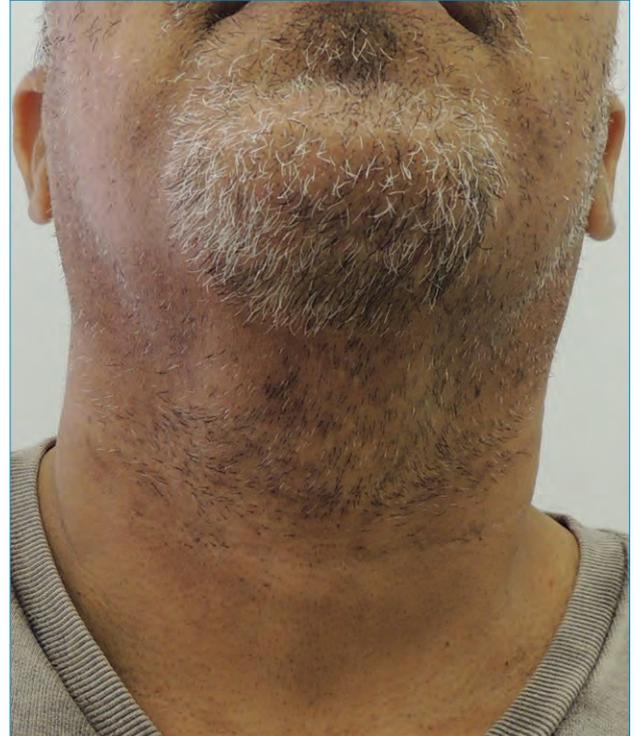


Figura 2. Início do eritema em região irradiada. 16ª sessão de radioterapia. Brasília, 2015.

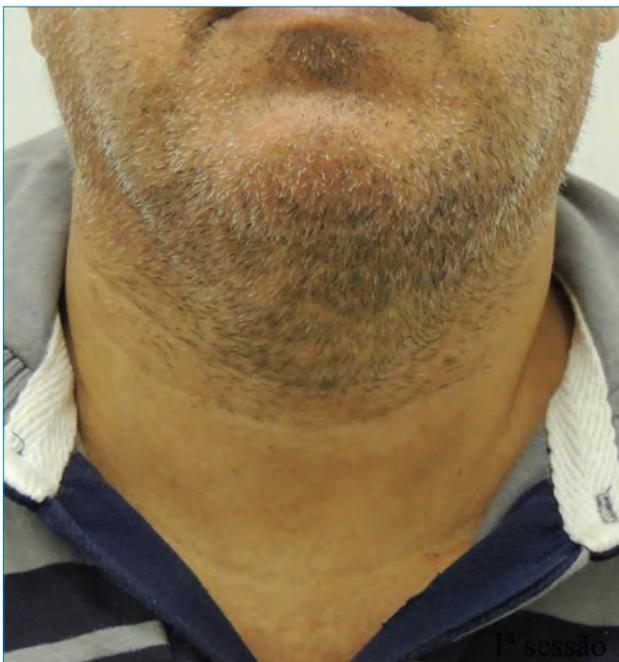


Figura 1. Pele íntegra e sem sinais de alteração ao início da radioterapia. 1ª sessão de radioterapia. Brasília, 2015.

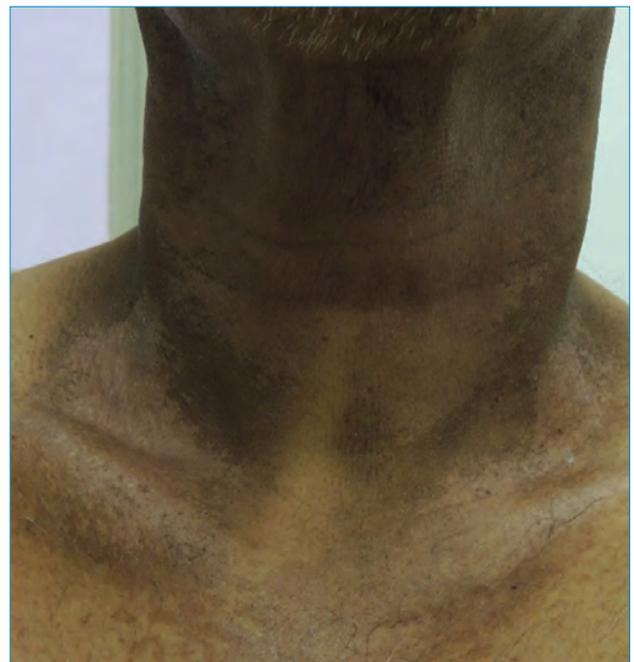


Figura 3. Região irradiada com presença de hiperpigmentação e descamação seca. 36ª sessão de radioterapia. Brasília, 2015.

DISCUSSÃO

As doses total e fracionada administradas no paciente durante a radioterapia associadas à quimioterapia concomitante são fatores extrínsecos que influenciam na intensidade da reação cutânea³. Tais fatores geralmente induzem uma intensidade reacional superior à observada ao longo do tratamento no paciente acompanhado, o que pode sugerir um benefício ocasionado pelo uso diário do gel de *C. recutita*.

Comumente, identificam-se hiperemia e descamação seca na região irradiada após duas a quatro semanas de tratamento, ao se atingir 20 Gy de dose cumulativa⁷. No entanto, na 16ª sessão da primeira fase de tratamento, quando o paciente já havia recebido 28,8 Gy, sua pele apresentava apenas sinais de eritema leve.

O benefício observado é consistente com a atividade anti-inflamatória da *C. recutita*, que inibe a formação de mediadores inflamatórios⁸ — como histamina e serotonina —, que são secretados a partir da resposta inflamatória instaurada com o desenvolvimento da radiodermatite⁷. Duas formulações — enriquecidas com apigenina, flavonoide constituinte da *C. recutita* — foram avaliadas para potencial utilização como agentes anti-inflamatórios tópicos, indicando que a apigenina é capaz de inibir o processo inflamatório⁴.

A hidratação da área irradiada é geralmente considerada o método ideal para prevenir e minimizar reações de

pele induzidas por radiação⁹. Em estudo pré-clínico, o uso tópico da apigenina, com o mesmo propósito anti-inflamatório, foi avaliado em ratos com dermatite de contato aguda, resultando em importante redução da perda de água transepidermica, melhorando a função da barreira de permeabilidade da epiderme e a hidratação do estrato córneo¹⁰.

Os benefícios clínicos da *C. recutita* na prevenção e no tratamento da radiodermatite devem ser considerados, evidenciando a importância de novos estudos, de caráter experimental, que possam corroborar com os resultados descritos e forneçam mais evidências sobre sua eficácia e efetividade, considerando que a intervenção se mostrou uma alternativa de fácil implementação, fornecendo especial proteção e conforto ao paciente.

CONCLUSÃO

Sugere-se que a aplicação tópica do gel de *C. recutita*, no caso clínico apresentado, possa ter viabilizado a redução da intensidade da reação local, o atraso no desenvolvimento dos primeiros sinais da reação cutânea, o retardo na evolução da reação Grau I e exercido efeito protetor no que concerne à severidade da reação. Destaca-se também a intervenção ter sido avaliada positivamente pelo paciente no aspecto sensorial.

REFERÊNCIAS

- Giralt J, Trigo J, Nuyts S, Ozsahin M, Skladowski K, Hatoum G, et al. Panitumumab plus radiotherapy versus chemoradiotherapy in patients with unresected, locally advanced squamous-cell carcinoma of the head and neck (CONCERT-2): a randomised, controlled, open-label phase 2 trial. *Lancet Oncol*. 2015;16(2):221-32.
- Imai T, Matsuura K, Asada Y, Sagai S, Katagiri K, Ishida E, et al. Effect of HMB/Arg/Gln on the prevention of radiation dermatitis in head and neck cancer patients treated with concurrent chemoradiotherapy. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44(5):422-7.
- Chan RJ, Webster J, Chung B, Marquart L, Ahmed M, Garantziotis S. Prevention and treatment of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cancer*. 2014;14(53):1-19.
- Arsić I, Tadić V, Vlaović D, Homšek I, Vesić S, Isailović G, et al. Preparation of novel apigenin-enriched, liposomal and non-liposomal, anti-inflammatory topical formulations as substitutes for corticosteroid therapy. *Phytother Res*. 2011;25(2):228-33.
- Shimelis ND, Asticcioli S, Baraldo M, Tirillini B, Lulekal E, Murgia V. Researching accessible and affordable treatment for common dermatological problems in developing countries. An Ethiopian experience. *Int J Dermatol*. 2012; 51(7):790-5.
- Cox JD, Stetz J, Pajak TF. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995;31(5):1341-6.
- McQuestion M. Evidence-based skin care management in radiation therapy: clinical update. *Semin Oncol Nurs*. 2011;27(2):e1-17.
- Srivastava JK, Shankar E, Gupta S. Chamomile: a herbal medicine of the past with bright future. *Mol Med Rep*. 2010;3(6):895-901.
- Salvo N, Barnes E, Van Draanen J, Stacey E, Mitera G, Breen D, et al. Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review of the literature. *Curr Oncol*. 2010;17(4):94-112.
- Man MQ, Hupe M, Sun R, Man G, Mauro TM, Elias PM. Topical apigenin alleviates cutaneous inflammation in murine models. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:1-7.

Preparo do Leito da Ferida antes do Tratamento Cirúrgico da Úlcera por Pressão em Indivíduos com Lesão Medular

Wound Bed Preparation Before Surgical Treatment of Pressure Ulcers in Patients With Spinal Cord Injury

La Preparación Del Lecho de la Herida Antes Al Tratamiento Quirúrgico de las Úlceras Por Presión en Personas Con Lesión de la Médula Espinal

Lisabel Tabari¹, Ivone Kamada¹

*Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, defendida em 29 de agosto de 2014.

A lesão traumática da medula espinhal causa alterações neurológicas importantes, que colocam o indivíduo em risco de desenvolvimento da úlcera por pressão durante a vida. Diversos fatores estão envolvidos no surgimento e na cronicidade da ferida, entre eles os fisiológicos, microbiológicos, sociais, econômicos, educacionais e comportamentais. São importantes os estudos que descrevem os cuidados com a ferida, de forma a identificar fatores que interferem na sua cronicidade, no crescimento bacteriano e na formação do biofilme. Assim, este estudo buscou descrever os cuidados com as úlceras por pressão no período pré-operatório do tratamento cirúrgico, as mudanças microbiológicas e a presença do biofilme bacteriano, antes e após o uso da polihexanida e da terapia tópica, conforme protocolo institucional. O trabalho foi realizado de forma prospectiva, incluindo pacientes com diagnóstico de lesão traumática da medula espinhal internados em um hospital de reabilitação para tratamento cirúrgico de úlcera por pressão em estágio IV. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, foram incluídos na amostra cinco pacientes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram coletados pela inspeção e mensuração das feridas, por cultura de material da lesão obtido por *swab*, irrigação-aspiração e biópsia. A maior parte dos pacientes era composta por homens, jovens, solteiros, negros, paraplégicos por projétil de arma de fogo, de baixa escolaridade, com baixa renda e sem emprego formal. A maior parte era independente para as atividades de vida diária; apresentava úlcera por pressão em região isquiática há mais de três anos; tinha cadeira de rodas inadequada; permanecia por longo período sentada; não realizava alívio de pressão com frequência; utilizava água e sabão para higiene das feridas, e soro fisiológico e óleo com ácidos graxos essenciais para os curativos; não fazia acompanhamento em serviços especializados e julgava o tratamento realizado inadequado. No ambiente hospitalar, as feridas foram limpas diariamente com solução de polihexanida, avaliadas e tratadas com ácidos graxos essenciais, alginato de cálcio e hidrogel. As análises da inspeção e mensuração e do registro fotográfico evidenciaram melhora das condições do leito da ferida após os cuidados realizados no pré-operatório. As análises microbiológicas do material coletado demonstraram que, após o tratamento tópico, houve redução do número de colônias de *Pseudomonas aeruginosas* e *Staphylococcus aureus* e aumento dos casos de *Acinetobacter baumannii complex*. A microscopia eletrônica de varredura demonstrou que todas as amostras mantinham a presença de biofilme, mesmo após o uso da polihexanida. Observou-se que existe uma dificuldade em controlar a carga microbiológica e eliminar o biofilme da úlcera por pressão em função de vários fatores que estão envolvidos na cronicidade da ferida em indivíduos com lesão medular. Novas investigações são necessárias para buscar evidências sobre os fatores que levam à cronicidade da ferida e aos efeitos da polihexanida na microbiologia das úlceras por pressão.

DESCRITORES: Traumatismos da medula espinhal. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem perioperatória. Enfermagem prática. Úlcera por pressão. Microbiologia. Estomaterapia.

¹Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

Endereço para correspondência: Lisabel Tabari – SMHS Qd 501 – Área Especial 01 – CEP:70335-901 – Brasília (DF), Brasil E-mail: lisabel@sarah.br

Artigo recebido em: 14/05/2015 – Aceito para publicação em: 23/05/2016

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

Em 2017, nos vemos em Minas Gerais!

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



REALIZAÇÃO



ORGANIZAÇÃO





**As opções
que você quer.**

**A solução que
você precisa.**

Linha de Adjuvantes Adapt para Estomia.

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

Você pode escolher o produto ou a combinação de produtos capazes de promover mais qualidade de vida no seu dia a dia.



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

0800 778 1000

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

 **Hollister.**

www.hollister.com/brazil

Estomia Hollister. **Os Detalhes Importam.**

