Brasilian Journal of Surgery and Clinical Research

Online ISSN 2317 - 4404

BJSCR

2 (1)

2013

Março – Maio

March - May

Online ISSN 2317-4404
BJSCR

Ficha Técnica Technical specification

Título / *Title:* Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research
Título abreviado/ *Short title:* Braz. J. Surg. Clin. Res.
Sigla/ Acronym: BJSCR
Editora / *Publisher:* Master Editora
Periodicidade / *Periodicity:* Trimestral / Quarterly
Indexação / *Indexed:* Latindex, Google Acadêmico, Bibliomed e EBSCO *host*
Início / *Start:* Dezembro, 2012/ Decembrer, 2012

Editor-Chefe / *Editor-in-Chief:*

Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho [MS; Dr; PhD]

Conselho Editorial / *Editorial Board*

Prof. Dr. Antonio Marcos dos Anjos Neto
Instituto do Rim de Maringá – Maringá – PR – Brasil
Prof. Dr. Luciano Tavares Ângelo Cintra
UNESP – Araçatuba – SP – Brasil
Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli
: **UEM e UNINGÁ** – Maringá – PR – Brasil
Prof. Dr. Paulo Rodrigo Stival Bittencourt
UFTPR – Medianeira – PR – Brasil
Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion
UNICAMP – Campinas SP e **UNINGÁ** - Maringá – PR – Brasil

O periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** é uma publicação da **Master Editora** para divulgação de artigos científicos apenas em mídia eletrônica, indexada à base de dados **Latindex**, **Google Acadêmico**, **Bibliomed** e **EBSCO host**.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos publicados não correspondem necessariamente, às opiniões da **Master Editora**, do periódico **BJSCR** e /ou de seu conselho editorial.

*The **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR** is an editorial product of **Master Publisher** aimed at disseminating scientific articles only in electronic media, indexed in **Latindex**, **Google Scholar**, **Bibliomed** and **EBSCO host** databases.*

*All articles published were formally authorized by the authors and are your sole responsibility. The opinions expressed by the authors of the published articles do not necessarily correspond to the opinions of **Master Publisher**, the **BJSCR** and/or its editorial board.*

Master Editora
Publicações Científicas

Online ISSN 2317-4404

Prezado leitor,

*Disponibilizamos a segunda edição do **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**.*

*A **Master Editora** e o **BJSCR** agradecem aos Autores convidados que abrilhantam esta edição pela inestimável colaboração, pelo pronto aceite e pela confiança depositada neste projeto. O **BJSCR** é um dos primeiros "open access journal" do Brasil, representando a materialização dos elevados ideais da **Master Editora** acerca da divulgação ampla e irrestrita do conhecimento científico produzido pelas Ciências da Saúde e Biológicas.*

Aos autores de artigos científicos que se enquadram em nosso escopo, envie seus manuscritos para análise de nosso conselho editorial!

Nossa terceira edição estará disponível a partir do mês de junho de 2013!

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe BJSCR

Dear reader,

*We have the great pleasure to launch the second edition of the **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**.*

*The **Master Publisher** and the **BJSCR** are very grateful to the invited authors that brighten this edition by immediately accepted and for the trust placed in this project. The **BJSCR** is one of the early open access journal in Brazil, representing the materialization of the lofty ideals of **Master Publisher** about the broad and unrestricted dissemination of scientific knowledge produced by the Health and Biological Sciences.*

Authors of scientific articles that are interested in the scope of BJSCR, send their manuscripts for consideration of our editorial board!

Our third edition will be available in June, 2013!

Happy reading!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief BJSCR

Online ISSN 2317-4404
BJSCR

Sumário summary

Original (experimental clássico)

O EFEITO DO ATENOLOL NA PREVENÇÃO DE HEMATOMA EXPANSIVO APÓS RITIDOPLASTIA. Marcio **MOREIRA**, Sanderland José Tavares **GURGEL**, Amanda Castilho **MOREIRA**, Gabriel Pinelli Severo **LINS**, Yasmin Castilho **MOREIRA**, Luiz Gustavo **GUILHERME**, Roberta Arneiro **DANTAS**, Mirella Oliveira **PEREIRA** 05

INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO NA AUTOPERCEPÇÃO DE RISCO EM PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Jovani Antônio **STEFFANI**, Adriana **GALHOTO**, Morgana **BAÚ**, Fabíola **IAGHER**, Candice Cristina **STUMPF**, Sirlei **CETOLIN**, Marcelo Carlos **BORTOLUZZI** 11

PERFIL PROFISSIONAL, PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE CUIDADORES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. Maria Carolina Gobbi dos Santos **LOLLI,** João Paulo **TRINDADE**, Cléverson de Oliveira e **SILVA**, Silvia Masae de Araújo **MICHIDA**, Luiz Fernando **LOLLI** 19

Relato de Caso Clínico - Medicina

ENDOMETRIOSE DE BEXIGA E APÊNDICE - RELATO DE CASO. Marcos Francisco Pereira **LOBRIGATTE**, Eufânio Estefano **SAQUETI**, Antonio Carlos **CARDOSO**, Wilson Ricardo **ROSOLEM**, Simone Matos **ROSOLEM** 26

Atualização

ABSENTEÍSMO NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: UMA ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA. Rosana Amora **ASCARI**, Mariluci **NEISS**, Olvani Martins da **SILVA** 31

TRAQUEOSTOMIA – TÉCNICAS E INDICAÇÕES NA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA. Claudio Ricardo Capela **BOGDAN**, Marcos Aparecido Jardim **GAZIM**, Ramon Rocha **NASCIMENTO** 36

O EFEITO DO ATENOLOL NA PREVENÇÃO DE HEMATOMA EXPANSIVO APÓS RITIDOPLASTIA

THE EFFECT OF ATENOLOL IN PREVENTION OF EXPANSIVE HEMATOMA AFTER RHYTIDECTOMY

Marcio **MOREIRA**[1*], Sanderland José Tavares **GURGEL**[2], Amanda Castilho **MOREIRA**[3], Gabriel Pinelli Severo **LINS**[3], Yasmin Castilho **MOREIRA**[4], Luiz Gustavo **GUILHERME**[4], Roberta Arneiro **DANTAS**[4], Mirella Oliveira **PEREIRA**[4]

[1]Doutor em Ciências da Saúde pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Professor Adjunto de Clínica Cirúrgica do Curso de Medicina da Faculdade Ingá
[2]Mestre em Anestesiologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Especialista em Medicina Intensiva pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). Professor Adjunto da Disciplina de Clínica Médica do Curso de Medicina da Faculdade Ingá
[3]Doutorandos do curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
[4]Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Ingá

* Av. Tiradentes, 1084, Zona 01, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87013-260. marciomoreiradr@brturbo.com.br

Recebido em 25/02/2013. **Aceito** para publicação em 15/03/2013

RESUMO

Hematoma expansivo é a principal complicação pós-operatória das ritidoplastias. Existem estratégias cirúrgicas para reduzir sua ocorrência, mas nenhum protocolo para o manuseio da pressão arterial, pulso, ansiedade, vômitos e dor. Entre 2007 e 2013, estudou-se 2 grupos de pacientes. O grupo A (21 pacientes) recebeu 25-100 mg/dia de atenolol no pré-operatório até que o pulso se mantivesse em 60/minuto e nos 15 primeiros dias de pós-operatório, mais medidas de controle de ansiedade, vômito, dor, drenagem de urina; e grupo B (48 pacientes) sem atenolol, porem todos os outros cuidados. Analisou-se: pulso, pressão arterial, ocorrência de hematoma expansivo, necessidade de drenagem cirúrgica e recuperação pós-operatória. Utilizou-se os testes de ANOVA e "t" de Student, sendo significantes valores p ≤ 0,05. No grupo A a média de pressão arterial e pulso foi menor que no grupo B (p < 0,05). No grupo A não houve hematoma expansivo e no grupo B houve 3 nas primeiras 24 horas com drenagem cirúrgica imediata, e um 4º caso no 12º dia de pós-operatório (p < 0,05), sendo a recuperação destes mais prolongada (p < 0,05). Neste estudo o uso preventivo de atenolol associado a outras medidas de controle clínico reduziu a ocorrência de hematoma expansivo.

PALAVRAS-CHAVE: Hematoma, Ritidoplastia, Betabloqueador, Face Lift, Propanolaminas.

ABSTRACT

Expansive hematoma is the main postoperative complication of rhytidoplasties. Currently there are only surgical strategies to reduce their occurrence, but no protocol for handling blood pressure, pulse, anxiety, vomiting and pain, related as precipitating agents of blooding. Between 2007 and 2013, we studied two groups of patients: group A (21 patients) received 25-100 mg / day of atenolol preoperatively until the pulse remained 60/min and 15 days after surgery, and associated control measures of anxiety, vomiting, pain and drainage of urine; group B (48 patients) without atenolol, however all other care measures. We analyzed: pulse, blood pressure, occurrence of expansive hematoma, need for surgical drainage and postoperative recovery. We used ANOVA and the "t" test, being significant p values ≤ 0.05. In group A the mean blood pressure and pulse were lower than in group B (p <0.05). In group A there was no expansive hematoma and there were 3 in group B in the first 24 hours with immediate surgical drainage, and a 4th case on the 12th day postoperatively (p <0.05) and the recovery of more prolonged (p <0.05). In this study, the preventive use of atenolol with other control measures reduced the occurrence of clinical expansive hematoma.

KEYWORDS: Acute Hematoma, Rythidoplasty, Beta-blocker, Face Lift, Propanolamines.

1. INTRODUÇÃO

A principal complicação pós-operatória da ritidoplastia é o hematoma expansivo. Sua incidência pode chegar a até 16% em alguns casos[1]. Esta complicação pode ainda predispor ou ocasionar isquemia, infecção e necrose do retalho ou, no mínimo, retardar o processo de recuperação devido ao edema, equimose ou seroma. Além disso, o prolongamento do tempo de cicatrização

(fase inflamatória) predispõe a alterações cicatriciais tais como: hiperpigmentação, hipertrofia cicatricial, queloides e até formação de cicatrizes no subcutâneo[2].

A ocorrência de hematoma expansivo é atribuída a vários fatores: plicatura e/ou descolamento do platisma, pressão sistólica alta, gênero masculino, uso de aspirina e/ou anti-inflamatório e tabagismo[3].

Muitas estratégias cirúrgicas tem sido sugeridas para a prevenção deste problema. A maioria apenas de ação local tais como: utilização de drenos de sucção[4], colas teciduais[5], infiltração tumescente[6,7], dissecção com instrumentos ultrassônicos[8], pontos de adesão internos[9] e até pontos externos[10,11]. Alguns estudiosos[2,12,13] também tem associado a ocorrência de hematoma e pressão arterial sistólica alta, náusea, vômito, agitação, ansiedade e dor. Beer *et al*. (2010)[13] sugeriram medidas preventivas de controle clínico, não cirúrgicas, mas apenas nas primeiras 24 horas.

Grande parte dos pacientes de cirurgias estéticas são ou tornam-se ansiosos (devido ao próprio procedimento cirúrgico), o que em geral aumenta a frequência de pulso e a pressão arterial sistólica. Além disso, a maioria dos pacientes que procuram rejuvenescimento facial tem níveis de pressão arterial aumentada, por conta da idade.

Desta forma, decidiu-se utilizar o betabloqueador atenolol desde o pré-operatório e mantê-lo até o 15º dia de pós-operatório e associar o seu uso a medidas preventivas seguindo um protocolo de cuidados clínicos em um grupo de pacientes selecionados e compará-los a um grupo controle sem o betabloqueador utilizando os mesmos protocolos, mas sem o medicamento atenolol intra e pós-operatório.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade Ingá, foram selecionados de forma randômica e prospectiva 69 pacientes submetidos a cirurgias de ritidoplastia da clínica privada Plasticlínica de Maringá (PR), entre janeiro de 2007 e fevereiro de 2013. Todos os pacientes hígidos, com média de idade de 53 anos, não apresentavam distúrbios de coagulação, não utilizavam anticoagulantes ou medicamentos com qualquer interferência na coagulação ou efeito vasodilatador e não eram fumantes. Sessenta e seis pacientes eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino; 16 eram hipertensos compensados por meio de medicação adequada e nenhum fazia uso de betabloqueador.

O preparo pré-operatório seguiu rotina clínica rigorosa, análise detalhada dos medicamentos em uso, com atenção para antecedentes mórbidos ou alérgicos, exames laboratoriais, consulta pré-anestésica e documentação fotográfica. Foram separados em dois grupos: Grupo A (Estudo) que recebeu atenolol via oral no pré-operatório por período suficiente para que a frequência de pulso se mantivesse em 60 batimentos/min ou menos, em dose única de 25 a 100 mg/dia; e Grupo B (Controle) que não recebeu a medicação. Além disso, seguiu-se um protocolo de cuidados per e pós-operatório em ambos os grupos.

O procedimento cirúrgico ocorreu sob anestesia local com sedação anestésica e ventilação espontânea. Realizou-se monitorização cardiovascular com monitor cardíaco Dixtal DX 2021 (Dixtal Biomédica Indústria e Comércio Ltda.) e respiratória com oxímetro digital Datex Omeda 3800. Utilizou-se lidocaína 0,5% com adrenalina 1:400.000 por infiltração numa dose de 10 mg/Kg. A sedação anestésica iniciou-se após inspeção nasal e utilização de vaso constritor local. Foi feita com midazolan 2-15 mg dose total; propofol 30 mL/h infundido por meio de bomba de infusão, mais 3 mL em forma de bolus EV quando necessário; ketamine 5-15 mg dose total; Fentanil (25 mcg) 0,5-1,5 mL dose total; clonidina (75 mcg) 0,5 mL no início e mais 0,5 mL no final da cirurgia se Pressão Arterial ≤ 120/80 mmHg; utilizou-se cânula nasofaríngea nº 7 após prévia lubrificação do trajeto com lidocaína gel a 20%. Também utilizou-se sonda vesical de Foley para a drenagem contínua da urina. Além disso, utilizou-se o analgésico tramadol 50 mg EV, antiemético bromoprida 2 mL (5 mg/mL) EV, ondansetrona 4 mL (2 mg/mL) EV e anticoagulante de baixo peso molecular enoxaparina 0,4 mL (40 mg) SC no final da cirurgia e meia elástica antitrombo 18-23 mmHg. A técnica e os procedimentos utilizados para rejuvenescer foram os habituais e rigorosamente os mesmos em ambos os grupos e o tempo de cirurgia foi de 4 horas. A hemostasia foi rigorosa utilizando-se eletrocautério WEM SS-500 Electro Surgery Regenerator (WEM Equipamentos Eletrônicos Ltda.). Utilizou-se dreno de Jackson Pratt 3.2 de aspiração contínua por período de 24 horas e curativo oclusivo e levemente compressivo com algodão hidrófilo e atadura. No pós-operatório imediato foi utilizado captopril 50 mg sublingual quando a pressão sistólica foi maior que 120 mmHg. Para a analgesia foi utilizado dipirona 500 mg/mL EV 6/6 h, antiemético bromoprida 2 mL (5mg/mL) EV de 8/8 h, ondansetrona 4 mL (2 mg/mL) EV 12/12h, levomepromazina 25 mg na forma de gotas via sublingual quando necessário. O internamento hospitalar foi de 24 horas.

Após a alta hospitalar e retirada do dreno os pacientes foram orientados a não fazer esforço físico, não flexionar ou rodar o pescoço, realizarem compressas de gelo no rosto 4x/dia e a permanecerem com um pequeno curativo oclusivo em casa até o 3º dia de pós-operatório quando todo o curativo foi retirado na clínica. Depois disso, realizou-se revisões no 5º, 10º, 15º, 30º e 60º dia para avaliações locais, gerais e novas orientações para ambos os grupos. Os pacientes do grupo A mantiveram o uso do β-bloqueador atenolol até o 15º dia de pós-operatório.

Foram avaliadas a pressão arterial, pulso, presença ou não de hematoma, necessidade de drenagem cirúrgica de hematoma expansivo. No primeiro dia estas avaliações foram feitas de uma em uma hora com o auxílio de enfermagem especializada.

O tempo de recuperação de cada paciente foi avaliado de forma ambulatorial pela mesma equipe médica desde o pós-operatório imediato (no hospital) até o 60º dia.

Os resultados foram analisados utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Science for Windows SPSS 13.0* (SPSS, Chicago, Il, USA). As variáveis foram analisadas e comparadas entre os dois grupos utilizando-se o teste de ANOVA. As variáveis normais foram apresentadas como "N" (%) e as diferenças foram comparadas utilizando-se o *t* de Student.

Foram considerados significantes os valores $p \leq 0,05$.

3. RESULTADOS

Vinte e um pacientes eram do grupo A (Estudo) e 48 pacientes do grupo B (Controle). No grupo A, a média da Pressão Arterial no 1º dia foi de 110-70 mmHg e a frequência de pulso foi de 64/min. Nas avaliações do 3º dia mantiveram-se iguais. No 5º, 10º e 15º dia a média da Pressão Arterial foi de 120-80 mmHg e a frequência de pulso de 60/min. Nas avaliações de 30 e 60 dias a média da Pressão Arterial foi 130-90 mmHg e frequência de pulso de 74/min.

Não houve a ocorrência de hematoma expansivo em nenhum dos tempos avaliados (1º, 3º, 5º, 10º, 15º, 30º e 60º dias). Em apenas 1 caso houve um seroma retroauricular esquerdo que foi esvaziado com punção com agulha fina no 10º dia.

O tempo de recuperação médio foi igual e considerado normal pela equipe. Todos os pacientes já estavam movimentando o pescoço normalmente com 15 dias e retornaram às atividades habituais entre 15 e 30 dias. Após o 60º dia foram liberados para atividades físicas normais e não apresentavam edema ou qualquer alteração de pele ou nas cicatrizes.

No grupo B a média de Pressão Arterial apresentada no 1º dia foi de 135-90 mmHg e frequência de pulso de 76/min. Seis pacientes tiveram picos de Pressão Arterial 150-100 mmHg e tiveram que receber Captopril sublingual para controle. Houve 3 hematomas unilaterais expansivos (2 pacientes do sexo feminino e 1 paciente do sexo masculino) que foram drenados no centro cirúrgico com sedação anestésica no pós-operatório imediato entre 5 a 7 horas após o término da cirurgia.

A média da Pressão Arterial no 3º, 5º e 10º dia foi de 140-100 mmHg e à partir do 15º dia foi de 130-90 mmHg. A média de frequência de pulso no 3º, 5º, 10º e 15º dia foi de 72/min. Os dados dos grupos A e B encontram-se sumarizados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos 69 pacientes submetidos a ritidoplastia observados durante 60 dias.

	Grupo A (21)	Grupo B (48)
Idade (Média)	55	56
Sexo	Feminino: n=20; (95,24%) Masculino: n= 1; (4,76%)	Feminino: n=46; (95,84%) Masculino: n=2; (4,16%)
P.A. (média)	110-65 mmHg	135-90 mmHg
Frequência de pulso (média)	64/min	76/min
Hematoma expansivo	0	4 (8,3%)
Reoperação para drenagem de hematoma	0	4 (8,3%)

P.A.: pressão arterial; n: número de pacientes da amostra.

Uma paciente do sexo feminino apresentou uma crise hipertensiva no 12º dia pós-operatório com níveis de Pressão Arterial 180-120 mmHg e frequência de pulso de 98/min e desenvolveu um grande hematoma unilateral tardio sendo necessária drenagem cirúrgica imediata.

O tempo de recuperação dos pacientes deste grupo que não apresentaram hematoma expansivo foi semelhante ao do grupo anterior. Porém, os 2 pacientes com hematoma expansivo no pós-operatório imediato tiveram um pequeno retardo na cicatrização do lado acometido devido a epiteliólise da extremidade do retalho e tiveram um edema prolongado. Quanto à paciente com hematoma expansivo tardio, houve necrose do retalho retroauricular do lado acometido e esta paciente só retornou às atividades normais após 90 dias de pós-operatório. Em virtude do edema prolongado a epitelização só ocorreu de forma definitiva com 90 dias. Foram necessários dois procedimentos de correção cirúrgica da cicatriz no 6º e 12º meses nesta paciente. Uma paciente do grupo A teve hipotensão arterial e bradicardia severa no 8º dia de pós-operatório e teve a medicação suspensa, mas não foi excluída do presente estudo. Outra paciente do grupo A teve níveis de glicemia aumentados após mostrar sintomas de diabetes no 15º dia de pós-operatório.

4. DISCUSSÃO

A anestesia para a cirurgia de ritidoplastia realizada neste estudo foi a sedação associada à anestesia local infiltrativa com lidocaína. A mesma técnica utilizada por diversos outros autores[11,14]. Porém, não existe consenso e diversos autores utilizam a anestesia geral em seus serviços[10,13]. A intubação endotraqueal e os reflexos desencadeados pela anestesia geral podem gerar arritmias, hipertensão reflexa e sangramento com formação de hematoma conforme relatos de Apipan *et al.* (2010)[15] e

Jakobsen *et al.* (1992)[16] Estes mesmos autores demonstraram controle adequado destes reflexos utilizando o atenolol.

A grande maioria dos pacientes que se submetem a ritidoplastia tem mais de 40 anos de idade e apresentam risco moderado de processos tromboembólicos[17]. Neste estudo utilizou-se heparina de baixo peso molecular ao final da cirurgia em associação ao uso de meias elásticas 18-23 mmHg. Acredita-se que o uso de anticoagulante muito próximo do início da cirurgia aumenta a incidência de hematoma. Kim *et al.* (2009)[18] fazem no final e não tiveram aumento significante na incidência. Já Durnig *et al.* (2006)[1] utilizaram 2 horas antes e relataram 16% de hematoma expansivo.

Diversas estratégias cirúrgicas tem sido utilizadas com a finalidade de prevenir o hematoma expansivo. Jones *et al.* (2007)[4] reforçaram a importância do uso de dreno de sucção, mas é sabido que os drenos não evitam e não tratam o hematoma[2,3,9]; a infiltração tumescente descrita por Jones (2004)[6] reduzindo com isso o uso de adrenalina e vaso dilatação "rebote" com possibilidade de sangramento e hematoma no pós-operatório, mas se o paciente tiver aumento de pressão ou da frequência cardíaca pode haver sangramento[19]; a utilização de colas teciduais relatadas no trabalho de Por *et al*. (2009)[5] e o uso de pontos de adesão internos descritos por Baroudi (1998)[8] e os pontos externos descritos por Pontes (2001)[9] e Auersvald *et al*. (2012)[10] são formas mecânicas de reduzir o "espaço morto", mas podem não controlar o sangramento e o hematoma expansivo se o paciente tiver um pico de hipertensão arterial por qualquer motivo. Além disso, manobras mecânicas ainda podem causar retrações ou irregularidades na pele. Baker *et al*. (2005)[2] demonstraram a ocorrência de tais hematomas mesmo com estas estratégias.

Popping *et al*. (2008)[20], relataram que a dor no pós-operatório das ritidoplastias é, em geral, negligenciada. Isto pode gerar um ciclo perigoso que consiste em dor, aumento da pressão, náusea e vômito e pode chegar até angústia e agitação psicomotora conforme relatou o estudo de Kovac *et al*. (2000)[21]. Todos esses fatores podem se repetir e evoluir de forma crescente e até, em última instância, gerar um hematoma expansivo.

Estudos de Groover *et al*. (2000)[3], Straith *et al*. (1977)[22], Berner *et al*. (1976)[19], vem relacionando sistematicamente o sangramento e o hematoma expansivo ao aumento da pressão arterial. Berner *et al*. (1976)[19] descreveram "hipertensão reativa" cerca de 3 a 5 horas após a ritidoplastia facial que se manifesta com o grande aumento de pressão arterial e afeta principalmente pacientes mais velhos que são o grupo prevalente neste tipo de procedimento.

Nós acreditamos que exista o "ciclo do hematoma" no qual fatores pré disponentes tais como: idade avançada, tendência ao aumento da pressão arterial e ansiedade pré-operatória associado a fatores desencadeantes tais como: dor, aumento da pressão arterial, vômito, bexiga cheia e agitação psicomotora que podem juntos gerar um hematoma expansivo.

Desta forma utilizamos o betabloqueador atenolol, pertencente às propanolaminas, que tem ação anti-hipertensiva e bradicardizante.

Estudos importantes de Wallace *et al.* (2010)[23] analisando 38.779 cirurgias em 12 anos utilizando o atenolol, em pacientes com risco cirúrgico alto, em cirurgias de outras especialidades demonstraram claramente os benefícios do atenolol e a baixa ocorrência de efeitos adversos. Mesmo sendo um grupo de risco diferente dos que habitualmente procuram a cirurgia plástica acredita-se que essa transposição possa ser feita em todas as especialidades médicas.

Shen *et al*. (2011)[24] induziram hipotensão e bradicardia relativa com infusão venosa de betabloqueador durante cirurgias do seio da face; Blau *et al.* (1992)[25] obtiveram redução do sangramento em cirurgia maxilofacial também com infusão endovenosa de betabloqueador; Jakobsen *et al*. (1993)[26] e Moreno *et al*. (2000)[27] demonstraram a eficácia da infusão venosa de betabloqueador como antiarrítmico no per-operatório (sem depressão na contratilidade miocárdica), e na resposta hipertensiva que ocasionalmente ocorre após entubação endotraqueal devido a taquicardia reflexa. Além disso, os mesmos autores relataram drástica redução no sangramento per operatório utilizando betabloqueadores via oral no pré-operatório. Rough *et al*. (2009) demonstraram que bloqueadores de receptores beta2 reduzem a produção de citocininas pelos macrófagos atenuando a resposta inflamatória induzida pelo trauma cirúrgico. Além disso, os betabloqueadores aparecem diversos relatos[28,29,30] com meta-análise com efeito comprovado na prevenção de sangramento de varizes esofagianas.

O atenolol apresenta inibição significativa dos reflexos vagais durante estresse, sendo seu efeito periférico é mais importante do que o central. Sua ação se inicia uma hora após o uso oral e apresenta excreção renal que não é influenciado por fenótipos[23,].

Neste estudo foi utilizado o atenolol num protocolo que se iniciou no pré-operatório (até frequência de pulso 60 batimentos/min) e permaneceu até 15 dias de pós-operatório em uma única tomada com dose que variou de 25-100 mg/dia sem a ocorrência de hematoma expansivo. No grupo Controle, uma paciente teve crise hipertensiva com formação de hematoma expansivo no 12º dia de pós-operatório. Isto justifica a utilização do atenolol até no mínimo 15 dias no pós-operatório de ritidoplastia. Armanious *et al.* (2003)[31] demonstraram sucesso na sua utilização oral de 1 a 45 dias antes e dose de 25-50 mg e mantiveram por 7 dias em pacientes de alto risco.

Kovac et al. (2000)[21] estimaram que em cerca de 25 a

30% dos pós-operatórios em geral ocorrem náuseas e vômitos. Em pacientes do sexo feminino de 1,5 a 3 vezes mais que os do sexo masculino. Como a maior parte dos pacientes submetidos à ritidoplastia é do sexo feminino, acreditamos ser indispensável a utilização de ondansentrona nas primeiras 24 horas.

Diversos autores tem observado agitação e ansiedade no pós-operatório das ritidoplastias[12,32]. Acredita-se que seja devido ao efeito da anestesia ou relacionada ao ciclo de dor. Em geral estão associados ao aumento da pressão arterial e vômito podendo culminar na formação de hematoma expansivo. Estes autores tem preconizado a utilização de clonidina EV para conter estes sintomas nas primeiras 24 horas. O atenolol utilizado neste estudo mostrou-se eficiente para conter os reflexos pré-anestésicos, conforme demonstrado por Apipan *et al.* (2010)[14], e interromper o ciclo da dor, controlando o aumento da pressão arterial e o vômito devido sua ação nos receptores alfa e beta 1 por um período de no mínimo 15 dias.

O uso preventivo de sonda vesical de Foley nos pacientes deste estudo, com intuito de esvaziar a bexiga continuamente e prevenir globo vesical, foi uma forma simples e segura de diminuir o risco de agitação e ansiedade e impedir um possível ciclo de hematoma expansivo.

Este estudo sugere que o uso do betabloqueador atenolol é eficaz para controlar o ciclo do hematoma em cirurgia de ritidoplastia facial e promover um tempo de recuperação mais curto diminuir as chances de outros efeitos adversos além de propiciar um melhor resultado estético. Porém, outras medidas preventivas devem ser associadas tais com o controle da dor, da náusea e do vômito, da agitação, ansiedade e ainda o esvaziamento da bexiga com sonda vesical de demora.

Novos estudos devem ser realizados para ratificar esses achados.

5. FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pela empresa privada **Body Medic** Comercio de Produtos para Vestuário, Estética, Pós-Cirúrgico, Importação e Exportação Ltda. Praça Todos os Santos, 204 - Fundos - Zona 2, CEP 87010-500 - Maringá - Paraná**.**

REFERÊNCIAS

[1] Durnig P, Jungwirth W. Low-molecular-weight heparin and postoperative bleeding in rhytidectomy. **Plast Reconstr Surg**. 2006;118:502-507 Discussion 508-509

[2] Baker DC, Stefani WA, Chiu ES. Reducing the Incidence of Hematoma Requiring Surgical Evacuation following Male Rhytidectomy: A 30-Year Review of 985 Cases. **Plast Reconstr Surg** 116:1973-1985 discussion 1986-1987

[3] Grover R, Jones BM, Waterhouse N. The prevention of haematoma following rhytidectomy: a review of 1078 consecutive facelifts. **Br J Plast Surg.** 2001 Sep;54(6):481-6.

[4] Jones BM, Grover R, Hamilton S. The efficacy of surgical drainage in cervicofacial rhytidectomy: a prospective, randomized, controlled trial. **Plast Reconstr Surg**. 2007;120(1):263-70.

[5] Por YC, Shi L, Samuel M, Song C, Yeow VK. Use of tissue sealants in face-lifts: a metaanalysis. **Aesthetic Plast Surg.** 2009;33(3):336-9.

[6] Jones BM, Grover R. Avoiding hematoma in cervicofacial rhytidectomy: a personal 8-year quest. Reviewing 910 patients. **Plast Reconstr Surg.** 2004 Jan;113(1):381-7; discussion 388-90.

[7] Jones BM, Grover R. Reducing complications in cervicofacial rhytidectomy by tumescent infiltration: a comparative trial evaluating 678 consecutive face lifts. **Plast Reconstr Surg.** 2004;113(1):398-403.

[8] Firmin FO, Marchac AC, Lotz NC. Use of the harmonic blade in face lifting: a report based on 420 operations. **Plast Reconstr Surg.** 2008; 124(1):245-55.

[9] Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it**. Aesthet Surg J.** 1998;18(6):439-41.

[10] Pontes R. O universo da ritidoplastia**.** Rio de Janeiro: **Revinter**; 2011.

[11] Auersvald A et al. Hemostatic net: an alternative for the prevention of hematoma in rhytidoplasty. **Rev Bras Cir Plást**. 2012;27(1):22-30. 22.

[12] Zoumalan R, Rizk SS. Hematoma rates in drainless deep-plane face-lift surgery with and without the use of fibrin glue. **Arch Facial Plast Surg**. 2008 Mar-Apr;10(2):103-7. doi: 10.1001/archfaci.10.2.103.

[13] Beer GM, Goldscheider E, Weber A, Lehmann K. Prevention of acute hematoma after face-lifts. **Aesthetic Plast Surg.** 2010;34(4):502-7.

[14] Gruber RP, Morley B. Ketamine-assisted intravenous sedation with midazolam: benefits and potential problems. **Plast Reconstr Surg.** 1999 Nov;104(6):1823-5; discussion 1826-7.

[15] Apipan B, Rummasak D. Efficacy and safety of oral propranolol premedication to reduce reflex tachycardia during hypotensive anesthesia with sodium nitroprusside in orthognathic surgery: a double-blind randomized clinical trial. **J Oral Maxillofac Surg.** 2010 Jan;68(1):120-4. doi: 10.1016/j.joms.2009.07.065.

[16] Jakobsen CJ, Blom L. Effect of pre-operative metoprolol on cardiovascular and catecholamine response and bleeding during hysterectomy. **Eur J Anaesthesiol.** 1992 May;9(3):209-15.

[17] Davidson SP, Venturi ML, Attinger CE. Prevention of venous thromboembolism in the plastic surgery patients. **Plast Recons Surg.** 2004 114:43E-51E.

[18] Kim EK, Eom JS, Ahn SH. The efficacy of prophylactic low-molecular-weight heparin to prevent pulmonary thromboembolism in immediate breast reconstruction using the TRAM flap. **Plast Reconstr Surg.** 2009;123:9-12.

[19] Berner RE, Morain WD, Noe JM. Postoperative hypertension as an etiological factor in hematoma after rhyt-

idectomy. Prevention with chlorpromazine**. Plast Reconstr Surg.** 1976 Mar;57(3):314-9.

[20] Pöpping DM, Zahn PK, Van Aken HK, Dasch B, Boche R, Pogatzki-Zahn EM. Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18 925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. **Br J Anaesth.** 2008 Dec;101(6):832-40. doi: 10.1093/bja/aen300. Epub 2008 Oct 22.

[21] Kovac AL. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting**. Drugs.** 2000 Feb;59(2):213-43.

[22] Straith RE, Raju DR, Hipps CJ. The study of hematomas in 500 consecutive face lifts. **Plast Reconstr Surg.** 1977 May;59(5):694-8.

[23] Wallace AW, Au S, Cason BA. Association of the pattern of use of perioperative β-blockade and postoperative mortality. **Anesthesiology.** 2010 Oct;113(4):794-805. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181f1c061.

[24] Shen PH, Weitzel EK, Lai JT, Wormald PJ, Ho CS. Intravenous esmolol infusion improves surgical fields during sevoflurane-anesthetized endoscopic sinus surgery: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. **Am J Rhinol Allergy.** 2011 Nov-Dec;25(6):e208-11. doi: 10.2500/ajra.2011.25.3701.

[25] Blau WS, Kafer ER, Anderson JA. Esmolol is more effective than sodium nitroprusside in reducing blood loss during orthognathic surgery. **Anesth Analg.** 1992 Aug;75(2):172-8.

[26] Jakobsen CJ, Lenler-Petersen P, Blom L. Preoperative adrenergic beta receptor blockade and anesthesia. II. Effect on peroperative anxiety and cardiovascular response in epidural anesthesia. [Artigo em dinamarquês] **Ugeskr Laeger**. 1993 Jul 19;155(29):2269-73.

[27] Moreno R, Waxman S, Rowe K, Verrier RL. Intrapericardial beta-adrenergic blockade with esmolol exerts a potent antitachycardic effect without depressing contractility. **J Cardiovasc Pharmacol.** 2000 Dec;36(6):722-7.

[28] Ko SY, Kim JH, Choe WH, Kwon SY, Lee CH. Pharmacotherapy alone vs endoscopic variceal ligation combination for secondary prevention of esophageal variceal bleeding: meta-analysis. **Liver Int.** 2012 May;32(5):867-9. doi: 10.1111/j.1478-3231.2011.02681.x. Epub 2011 Dec 2.

[29] Drastich P, Lata J, Petrtyl J, Bruha R, Prochazka V, Vanasek T, Zdenek P, Skibova J, Hucl T, Spicak J. Endoscopic variceal band ligation compared with propranolol for prophylaxis of first variceal bleeding. **Ann Hepatol.** 2011 Apr-Jun;10(2):142-9.

[30] Tripathi D, Ferguson JW, Kochar N, Leithead JA, Therapondos G, McAvoy NC, Stanley AJ, Forrest EH, Hislop WS, Mills PR, Hayes PC. Randomized controlled trial of carvedilol versus variceal band ligation for the prevention of the first variceal bleed. **Hepatology.** 2009 Sep;50(3):825-33. doi: 10.1002/hep.23045.

[31] Armanious S, Wong DT, Etchells E, Higgins P, Chung F. Successful implementation of perioperative beta-blockade utilizing a multidisciplinary approach. **Can J Anaesth.** 2003 Feb;50(2):131-6.

[32] Abu-Shahwan I. Effect of propofol on emergence behavior in children after sevoflurane general anesthesia. **Paediatr Anaesth.** 2008 Jan;18(1):55-9.

INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO NA AUTOPERCEPÇÃO DE RISCO EM PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

INFLUENCE OF THE INFORMATION IN SELF-PERCEPTION OF RISK IN PROFESSIONALS FROM AN INTENSIVE CARE UNIT

Jovani Antônio **STEFFANI**[1*], Adriana **GALHOTO**[2], Morgana **BAÚ**[3], Fabíola **IAGHER**[4], Candice Cristina **STUMPF**[5], Sirlei **CETOLIN**[6], Marcelo Carlos **BORTOLUZZI**[7]

[1] Pesquisador do Programa de Biociências em Saúde e Professor Titular do Curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba – SC, Brasil. Mestre e Doutor em Ergonomia pela Universidade Federal de Santa Catarina. [2] Professora do Curso de Enfermagm da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba – SC, Brasil. [3] Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba – SC, Brasil. [4] Pesquisadora do Programa de Biociências em Saúde e Professora Titular de Biologia Celular e Molecular do Curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba – SC, Brasil. Mestre em Bioquímica e Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal do Paraná. [5] Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Tuiuti – PR. Joaçaba – SC, Brasil. [6] Pesquisadora do Programa de Biociências em Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba – SC, Brasil. Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade do Rio Grande de do Sul. [7] Pesquisador do Programa de Biociências em Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Joaçaba – SC, Brasil. Doutor em Odontologia (Estomatologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

* Rua Getúlio Vargas, 2125 – ACBS – Joaçaba, Santa Catarina, CEP 89.600-000. jovani.steffani@unoesc.edu.br

Recebido em 15/04/2013. **Aceito** para publicação em 15/05/2013

RESUMO

A autopercepção de risco é fator fundamental na determinação do comportamento do indivíduo na prevenção de acidentes. Por isso, métodos que possam incrementá-la são bem-vindos no ambiente de trabalho. O objetivo deste estudo foi o de identificar a autopercepção de riscos para sí e para o controle das infecções hospitalares de uma equipe de profissionais que trabalham em uma UTI. A análise da autopercepção de riscos foi realizada antes e depois do processo de identificação dos microorganismos presentes em diferentes superfícies de materiais da UTI, nas mãos e nas próprias cavidades nasais dos profissionais. Participaram deste estudo 25 profissionais que estavam de plantão no momento da coleta. Foram identificadas cinco cepas de *Staphylococcus aureus* e vinte de *Staphylococcus* coagulase negativo em amostras da cavidade nasal. Nas mãos foram identificadas cepas de bacilos gram-negativo e gram-positivo, *Staphylococcus* coagulase negativo, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter calcoaceticus* e micrococos. Na superfície de torneiras, aparelhos de ar condicionado e saboneteira também foram identificados microrganismos. Em conjunto, a análise realizada antes e depois da identificação dos microorganismos isolados permitiu concluir que a autopercepção de risco dos profissionais aumentou significativamente tanto em relação à sua preocupação com a segurança e com a sua saúde, quanto com relação ao grau de influência de suas ações e atitudes para o controle das infecções hospitalares, após participarem do processo de identificação da presença dos microrganismos, com valor de p<0,001 denotando diferenças estatisticamente significativas entre a autopercepção antes e a autopercepção depois, por influencia da informação.

PALAVRAS-CHAVE: Riscos ocupacionais, saúde do trabalhador, infecção hospitalar, educação em saúde.

ABSTRACT

The perception of risk is a critical factor to determine the behavior of the individual on accident prevention. Therefore, methods that can increase it are welcome in the workplace.. The aim of this study was to assess the self-perception of risks for themselves and for the control of nosocomial infections in a team of professionals working in an ICU (ICU). Data were analyzed before and after identifying microorganisms isolated from the surfaces of different materials from the ICU, in their own hands and nasal cavities of professionals. Twenty-five professionals who were on duty at the time of collection participated in this study. Five strains of *Staphylococcus aureus* and twenty strains of coagulase-negative *Staphylococcus* were identified in samples obtained from the nasal cavities. Strains of gram-negative and gram-positive bacilli, coagulase-negative *Staphylococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter calcoaceticus*, and *micrococcus* were identified in the hands of professionals. Taken together, the analysis before and after identifying microorganisms isolated allows to conclude that self-perception of risk increased significantly in relation to their concerns about security and your health, and regarding the degree of influence of their actions and attitudes to the control of nosocomial infections, after participating in the process identification of the presence of microorganisms, with p <0.001 denoting significant differences between self-perception before and self-perception after, by influences of information.

KEYWORDS: Occupational risks, occupational health, nosocomial infection, health education.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de risco mais amplamente utilizado se

aproxima a ideia de um perigo mais ou menos definido segundo, ou à probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem e/ou para o ambiente[1].

O Comportamento seguro de um trabalhador, de um grupo ou de uma organização é definido como sendo a capacidade de identificar e controlar os riscos presentes numa atividade no presente, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrências indesejadas no futuro, para si e para os outros[2].

Avanços significativos já foram alcançados nas áreas de segurança e controle de riscos. Porém, novos riscos vêm surgindo. Na área da saúde, diuturnamente surgem novas tecnologias, fármacos e técnicas, que se por um lado compõem um arsenal maior para o combate as doenças, por outro, configuram-se como mais um fator gerador de riscos.

O avanço técnico-científico da medicina é, de certa forma um paradoxo, onde pacientes graves, em extremos de idade, que há bem pouco tempo não sobreviviam, hoje se mantêm vivos às custas da alta tecnologia e de cuidados assistenciais de qualidade. Esses pacientes com a vida artificialmente mantida propiciam o substrato para a proliferação de germes cada vez mais resistentes aos antibióticos disponíveis, que são facilmente disseminados por artefatos e por profissionais da saúde, gerando riscos adicionais à saúde dos demais pacientes e profissionais. Assim, a percepção dos riscos pelos profissionais de saúde é de fundamental importância para impeli-los na adoção de medidas eficazes para o controle e o gerenciamento destes riscos.

O homem é um hospedeiro permanente e/ou transitório de microrganismos ao longo da sua vida. Estes agentes transitam em seu organismo, e as consequências disso nos fazem ter certeza de que "*a colonização é inevitável*"[3]. Segundo alguns autores, a colonização trata-se do crescimento e multiplicação de microrganismos em superfícies epiteliais dos hospedeiros, mas sem expressão clínica ou imunológica[4].

Além do homem, as superfícies do ambiente também abrigam temporariamente alguns microrganismos. Os hospitais por abrigarem permanentemente todos os tipos de pessoas de várias procedências, têm uma flora microbiológica vasta e uma ecologia (hospitalar) que nos conduz a constantes preocupações de orientação e acompanhamento dos profissionais que ali transitam, pelo fato de o profissional poder ser susceptível de adquirir uma infecção e também poder ser uma fonte de transmissão[4]. Desta forma, a busca da qualidade na prestação de serviços de saúde é uma preocupação universal e pressupõe uma filosofia de melhoria contínua nas práticas de trabalho[5].

Neste contexto, estudos a respeito das formas pelas quais os indivíduos podem aprimorar a sua percepção em relação aos riscos, é primordial para o desenvolvimento de métodos e técnicas que auxiliem efetivamente no balizamento dos comportamentos, das atitudes e das reações seguras e adequadas dos indivíduos no ambiente de trabalho. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção de risco, para sí e para o controle das infecções hospitalares, dos profissionais de saúde presentes em uma UTI, antes e depois da participação dos profissionais no processo de identificação dos microorganismos presentes em diferentes superfícies da unidade, nas mãos e nas próprias cavidades nasais dos profissionais.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é um estudo descritivo, longitudinal e de campo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de Santa Catarina nos meses de março de 2009 a junho de 2010.

O presente trabalho atendeu as normas para a realização de pesquisa em seres humanos, norteadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob o nº 152/2008.

A instituição hospitalar na qual foi executada a pesquisa, recebeu um Termo de Solicitação de Autorização, com o qual tomou conhecimento das condições de realização do estudo, autorizando a execução.

Todos os consultados para participação do estudo que concordaram em relação ao pleito, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa, contendo o objetivo do estudo, os procedimentos de avaliação, as possíveis consequências, os procedimentos de emergência e o caráter de voluntariedade à participação. Assim, foram incluídos todos os profissionais da equipe multidisciplinar que estavam no local (UTI) no momento da coleta das amostras, respeitando-se os profissionais que não quiseram participar voluntariamente do presente estudo.

Inicialmente foi aplicado um questionário com 2 questões para mensurar a autopercepção de risco dos profissionais. As duas questões solicitavam aos entrevistados que, em uma escala (escala de Lickert) compreendida entre 0 e 10 (onde zero é nenhuma preocupação ou influência e dez é preocupação ou influência máxima), assinalassem, na primeira questão, o número que correspondesse à sua preocupação no dia-a-dia em relação aos riscos à sua segurança e à sua própria saúde no ambiente hospitalar, e na segunda questão, o número que correspondesse ao grau de influência de suas ações e atitudes no dia-a-dia para o controle das infecções hospitalares.

A escala Likert, foi elaborada por Rensis Likert, em 1932, e se presta para mensurar atitudes em pesquisas opinião. Esta escala requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância relativa à atitude que está sendo medida.

Posteriormente foram realizadas as coletas de material para a identificação da presença de microrganismos, que ocorreram ao final de cada plantão, que tinham duração de 6 h e 12 h, diurno e noturno, respectivamente. Foram realizadas coletas da cavidade nasal e das mãos dos profissionais, das superfícies das torneiras, saboneteira e aparelhos de ar condicionado, todas elas realizadas em data única.

A coleta de material da cavidade nasal foi realizada com *swab* friccionado suavemente nas paredes do vestíbulo nasal, e nas demais superfícies da UTI. Após a coleta, o material foi semeado em meio de cultura Agar Manitol Salgado e incubado em estufa 36 ± 2 ^{o}C por 24 – 48 horas.

A coleta de material das mãos dos profissionais foi realizada através de sobreposição das mãos nas placas de Agar TSA (Agar Triptico de Soja) - esse é um meio de cultura de amplo crescimento, não seletivo, não diferencial. Para a coleta em aparelhos de ar condicionado foi deixada a placa de Agar TSA aberta estrategicamente no raio de ação dos condicionadores de ar durante 30 minutos. O Agar TSA serviu para o isolamento e contagem dos mais variados microorganismos facultativos. As placas foram incubadas em estufa a 25^{o}C por sete dias. Porém no terceiro dia o crescimento de microorganismos já era satisfatório. Após o período de incubação, foram selecionadas colônias com características diferentes e realizada coloração de Gram para confirmar a morfologia dos isolados.

Nas colônias que apresentaram morfologia de Cocos gram-positivos, foram realizados os testes de catalase, sendo que as amostras catalase positiva foram isoladas e semeadas em Agar manitol salgado para verificar a presença de *Staphylococcus aureus*. As catalase negativas foram semeadas em Agar sangue para verificar *Streptococcus*, *Micrococcus* ou *Staphylococcus* coagulase negativos.

O teste de Catalase nos permite diferenciar a família *Micrococae* entre os gêneros *Staphylococcus* e *Streptococcus,* apenas observando hidrólise de oxigênio em água para efeito positivo [6].

Após o período de incubação, as colônias de *Staphylococcus aureus* foram testadas quanto à sensibilidade à oxacilina 1 µg e cefoxitina 30 µg, para verificar se a bactéria é do tipo Meticilina Resistente (MRSA).

As placas de teste de sensibilidade com meio Agar Muller Hunton foram incubadas 24 horas em estufa a 36^{o}C ± 2^{o}C. Após esse período realizou-se a verificação da resistência do crescimento bacteriano perante os discos do antibiótico citado acima com a leitura dos diâmetros dos halos.

As colônias de Bacilos gram-negativos (tanto das mãos quanto das superfícies) foram semeadas em Ágar Maconkey (meio seletivo para o crescimento de bacilos gram-negativos) para verificar o aspecto da colônia, e realizar a identificação dos oxidase positivos, separando assim as bactérias gram-negativo não fermentadoras das enterobactérias.

Fungos aerófilos e leveduriformes foram identificados macromorfologicamente (aspecto de colônia) e micromorfologicamente (coloração de Gram), porém não foram considerados pelo presente estudo.

Todo o processo de coleta de material, semeadura e identificação dos microrganismos, bem como os resultados das análises foram sendo demonstrados e discutidos ao longo do tempo com cada um dos profissionais, no intuito de possibilitar o acompanhamento de todos neste processo.

Após a conclusão desta etapa, onde os profissionais já haviam sido esclarecidos a respeito da situação de um modo geral, e de sua situação em particular, foi solicitado que respondessem novamente ao questionário com as mesmas 2 questões para mensurar a sua autopercepção, após o processo de identificação dos microrganismos, conforme descrito anteriormente.

Para as análises estatísticas, foi utilizado o teste de Wilcoxon pareado com a finalidade de comparar se as medidas de posição de duas amostras são iguais no caso em que as amostras são dependentes, com significância com $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

A amostra de profissionais foi composta por três médicos (12%), três enfermeiros (12%), dezoito técnicos em enfermagem (72%) e um fisioterapeuta (4%). Do total das amostras coletadas no presente estudo obteve-se a seguinte distribuição:

- 25 amostras foram coletadas das mãos dos profissionais (43%);
- 25 amostras da cavidade nasal (43%) destes mesmos profissionais
- 8 amostras foram coletadas das superfícies (14%): 3 amostras de aparelhos de ar condicionado, 3 amostras de torneiras e 2 de saboneteiras.

Todas as colônias de *Staphylococcus aureus* encontradas foram sensíveis aos dois antibióticos utilizados (oxacilina 1 µg e cefoxitina 30 µg), indicando que não são MRSA.

O principal microrganismo da cavidade nasal foi *Staphylococcus spp* coagulase negativo (80%), seguido pelo *Staphylococcus aureus* (20%) (Tabela 1).

Os fungos (17,6%) foram desconsiderados, levando-se em conta a grande quantidade encontrada no ambiente, e por não ser o objetivo nesta pesquisa.

A Tabela 2 evidencia os microrganismos isolados nas mãos dos profissionais que trabalhavam na UTI no momento da coleta.

Os microrganismos encontrados nas mãos da equipe foram: fungos em 26,4% dos indivíduos da amostra, sendo 8,8% (n=3) em enfermeiros e 17,6% (n=6) em

técnicos em enfermagem; bacilos gram-negativos em 2,9% dos médicos (n=1), em 5,9% dos técnicos de enfermagem (n=2), e em 2,9% dos fisioterapeutas (n=1); bacilos gram-positivos em 5,9% dos médicos (n=2) e em 12,1% dos técnicos de enfermagem (n=4).

Staphylococcus coagulase negativo em 5,9% dos médicos (n=2), em 20,5% dos técnicos de enfermagem (n=7) e em 2,9% dos fisioterapeutas (n=1); *Staphylococcus aureus* em 2,9% dos médicos (n=1) e em 5,9% dos técnicos de enfermagem (n=2); *Acinetobacter calcoaceticus* em 2,9% dos técnicos de enfermagem (n=1); Micrococos em 2,9% dos técnico de enfermagem (n=1).

Tabela 1. Identificação de *Staphylococcus* da cavidade nasal dos profissionais da UTI.

Profissionais	**N**	***Staphylococcus aureus***		***Staphylococcus* coagulase-negativo**	
		N de casos	%	N de casos	%
Médicos	3	3	12	0	0
Enfermeiros	3	0	0	3	12
Téc. de Enferm.	18	2	8	16	64
Fisioterapeuta	1	0	0	1	4
Total	25	5	20	20	80

Os microrganismoss mais encontrados nas mãos foram o *Staphylococcus* coagulase negativo (29,4%), seguido de fungos (26,4%) e bacilo gram-positivo do ambiente (17,6%).

A Tabela 3 evidencia o perfil de sensibilidade da bactéria *Acinetobacter calcoaceticus* para os diferentes antibióticos testados.

Tabela 3. Teste de difusão em disco para a bactéria *Acinetobacter calcoaceticus* de coleta das mãos de um dos profissionais da UTI.

Antibióticos	**Microorganismo**
Cefoxetina 30	Sensível
Cefepimec 30	Sensível
Ceftadizima 30	Sensível
Imipenem 10	Sensível
Ampicilina 10	Sensível
Cefalotina 30	Sensível
Cefuroxima 30	Sensível
Amoxacilina 30	Sensível
Gentamicina 10	Sensível
Ciprofloxaxino 5	Sensível
Sulfametazol 25	Sensível
Amicacina 30	Sensível

O número colocado após o nome do antibiótico índica a quantidade em µg.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 3, é possível observar que a amostra de *Acinetobacter-calcoaceticus* encontrada nas mãos de um profissional, foi sensível a todos os antibióticos, significando que não identificamos nenhum microrganismo desta espécie considerado multirresistente.

Quanto aos microrganismos isolados das superfícies (aparelhos de ar condicionado, saboneteiras e torneiras) foram encontrados fungos em 1 dos aparelhos ar condicionado (de 3 coletados), em 2 saboneteiras (de 2 coletadas) e não foram encontrados nas torneiras.

Tabela 2. Microrganismos isolados das mãos dos profissionais UTI.

Microorganismos	**Médicos**		**Enfermeiros**		**Técnicos de enfermagem**		**Fisioterapeutas**		**Total**	
	Nº casos	**%**	**Nº casos**	**%**	**Nº casos**	**%**	**Nº casos**	**%**	**Nº casos**	**%**
Fungos	0	0	3	8,8	6	17,6	0	0	9	26,4
Bacilos gram-negativos do ambiente	1	2,9	0	0	2	5,9	1	2,9	4	11,7
Bacilos gram-positivos do ambiente	2	5,9	0	0	4	12,1	0	0	6	18
Staphylococcus coagulase negativo	2	5,9	0	0	7	20,5	1	2,9	10	29,3
Staphylococcus aureus	1	2,9	0	0	2	5,9	0	0	3	8,8
Acinetobacter calcoaceticus	0	0	0	0	1	2,9	0	0	1	2,9
Micrococos	0	0	0	0	1	2,9	0	0	1	2,9

Tabela 4. Microrganismos isolados das superfícies da UTI

Microrganismos	Ar condicionado		Saboneteiras		Torneiras		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fungos	1	12,5	2	25	0	0	**3**	37,5
Staphylococcus coagulase negativo	1	12,5	0	0	2	25	**3**	37,5
Bactérias do ambiente	1	12,5	0	0	1	12,5	**3**	25

Com relação aos *Staphylococcus* coagulase negativos, foi detectada sua presença em 1 aparelho de ar condicionado (de 3 coletados) e em 2 torneiras (de 2 coletadas); não foram encontrados nas saboneteiras já que são usados sabonete de clorexidina a 2%, um poderoso antisséptico de amplo espectro para o controle de infecções por bactérias gram-positivos, gram-negativos e fungos.

A mensuração da autopercepção de risco pelos profissionais, relativas à sua preocupação no dia-a-dia em relação aos riscos para a sua segurança e à sua própria saúde no ambiente hospitalar, denotou que a média de pontos relativa à autopercepção depois do acompanhamento do processo de identificação dos microrganismos, aumentou significativamente para todos os grupos conforme se pode observar na Figura 1.

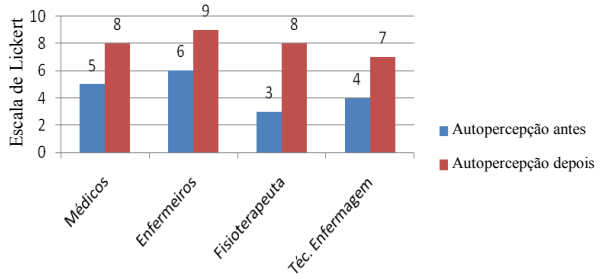


Figura 1. Avaliação da autopercepção do trabalhador de UTI em seu dia-a-dia quanto aos riscos de contaminação bacteriana para a sua segurança e a sua saúde no ambiente hospitalar, segundo a escala de Lickert.

Na análise estatística para comparar os escores de Lickert para autopercepção de riscos dos profissionais no antes e depois, observando-se um aumento estatisticamente significativo ($p<0,001$) da autopercepção de riscos após terem participado ativamente do processo de identificação dos microorganismos presentes em diferentes superfícies da unidade de terapia intensiva, nas mãos e nas próprias cavidades nasais.

A mensuração da autopercepção de risco dos profissionais, relativa ao grau de influência de suas ações e atitudes no dia-a-dia para o controle das infecções hospitalares, denotou que a média de pontos relativa à autopercepção depois do acompanhamento do processo de identificação dos microrganismos, também aumentou significativamente para todos os grupos conforme evidenciado na Figura 2.

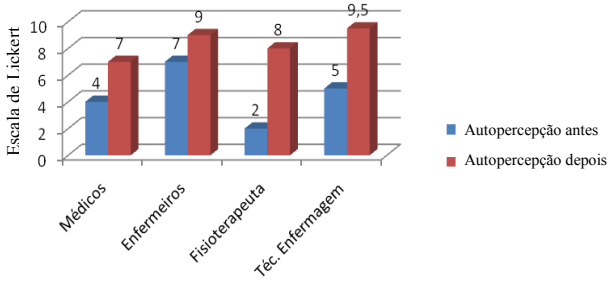


Figura 2. Avaliação da autopercepção do trabalhador de UTI em seu dia-a-dia quanto ao grau de influência de suas ações e atitudes para o controle das infecções hospitalares, segundo a escala de Lickert.

A análise estatística dos escores de Lickert para autopercepção de riscos dos profissionais para esta segunda situação, denota um aumento estatisticamente significativo ($p<0,001$) da autopercepção de riscos após terem participado ativamente do processo de identificação dos microorganismos.

Ao subdividirmos os profissionais em indivíduos com formação em nível superior e indivíduos com formação em nível técnico, a comparação dos escores para cada um dos grupos, considerando-se o antes e o depois, no processo de identificação dos microrganismos, para os dois questionamentos, observa-se que, de forma semelhante, os indivíduos dos dois grupos apresentam maior autopercepção de riscos após suas respectivas participações ativas na identificação dos microrganismos ($p<0,001$), denotando diferenças estatisticamente significativas, ou seja, independentemente de pertencer a um ou a outro grupo, a autopercepção de risco aumenta após a participação do indivíduo no processo de reconhecimento dos riscos a que estão expostos, neste caso, a

contaminação por microrganismos com risco de infeção.

4. DISCUSSÃO

Em conjunto, os resultados deste trabalho corroboram com o estudo realizado por Gonçalves & Dias[16] que concluiram que há fatores de riscos ambientais para os acidentes como o ruído e o maquinário sem proteção, mas os relatos dos trabalhadores desvelam determinantes tecnológicos e sociais que não apareceriam numa investigação clássica e que justificariam os acidentes e sua reincidência numa análise global.

Na literatura, são encontrados relatos de trabalhos que buscaram estudar a temática da autopercepção, porém tendo como população analisada uma equipe de enfermagem e de estudantes[3,6]. No presente estudo, toda a equipe multiprofissional estudada da UTI apresentaram microorganismos não-MRSA.

Segundo dados seguros da literatura, é importante verificar se os microrganismos são ou não MRSA, porque as superfícies das unidades em que pacientes colonizados ou infectados com *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina encontram-se internados, também apresentam-se contaminadas, e quando profissionais tocam nestas superfícies, acabam se contaminando e servindo de agente para a transmissão de patógenos entre pacientes e outros ambientes[7].

A pesquisa de microorganismos na cavidade nasal evidenciou maior população de *Staphylococcus spp* coagulase negativo e de *Staphylococcus aureus* (20%). Nossos resultados estão de acordo com outras pesquisas na área, que têm demonstrado amostras maiores do agente etiológico *Staphylococcus aureus*, coletados da cavidade nasal dos profissionais, sendo encontrados relatos de proporções que variam de 36% a 45,7%[6,8].

O principal reservatório do *Staphylococcus aureus* na natureza é o ser humano. Cerca de 70% da população carrega essa bactéria em seu vestíbulo nasal em algum momento da vida[11]. Contudo, o S*taphylococcus aureus* é um importante agente etiológico associado às infecções adquiridas, tanto nos hospitais como na comunidade. É um dos principais patógenos humanos, devido à sua frequência elevada e à sua patogenicidade, e por apresentar grande versatilidade nos seus mecanismos de resistência aos antimicrobianos[9].

Dentre os agentes de infecção hospitalar, o *Staphylococcus aureus* é o microrganismo com maior índice de morbidade e mortalidade, podendo causar endocardite, osteomelite, meningite, e choque tóxico, gerando febre, hipotensão, vertigem, descamação, vômito, cefaléia, calafrios e faringite[10]. Diante desta situação é que o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) tais como máscara e luvas se faz necessário no momento da realização de quaisquer procedimentos para evitar a contaminação, já que em 20% das coletas da cavidade nasal da equipe deste estudo apresentou *Staphylococcus aureus*, por exemplo.

Analisando outras pesquisas da área, alguns autores notificaram que 50% das bancadas de preparação de medicamentos estudadas estavam contaminadas com *Escherichia coli*[12]. A presença de bactérias do gênero *Staphylococcus* em 37,5% dos pontos de coletas de superfícies é motivo de preocupação, devido à patogenicidade acentuada e à alta transmissibilidade e poucas opções terapêuticas para o tratamento, já que a vancomicina é a única droga utilizada. Dado que reforça a necessidade do controle rigoroso no processo de lavagem de mãos e da desinfecção das superfícies e proteção individual dos sujeitos que trabalham nestes ambientes.

Diante destas constatações torna-se evidente que, mesmo que a lavagem das mãos esteja sendo realizada adequadamente pela equipe, ainda assim há a necessidade do uso dos EPI's de modo correto, como por exemplo, luvas e máscaras durante os procedimentos ou avaliação dos pacientes, funcionando como uma segunda barreira física para evitar a contaminação e a transmissão dos microrganismos que resistiram aos processos de lavagem e desinfecção. Além disso, a adoção de medidas para uma adequada limpeza e desinfecção das superfícies da UTI e a correta manutenção dos filtros do ar condicionado evidenciou sua fundamental necessidade.

A percepção de risco mais aceita na literatura que trata dos problemas delimitados pelos campos da saúde, trabalho e ambiente é a composição de pelo menos dois destes três componentes: a) potencial de perdas e danos; b) a incerteza da perda/dano; e c) a relevância da perda/dano. Neste caso, após os indivíduos terem observado a presença dos microrganismos, passaram a reconhecer o risco potencial para perdas e danos, a ter incertezas quanto à sua segurança plena e a considerar a relevância de possíveis perdas/danos, condições que podem justificar o aumento dos escores de autopercepção[1].

Em uma meta-análise[13] incidindo sobre mais de 390 bases de dados, permitiu verificar que a análise dos comportamentos de prevenção e de autoproteção fornece importantes indicações sobre o papel dos mecanismos cognitivos, organizacionais e sociais na decisão de adotar um comportamento seguro. Segundo estes mesmos autores, as situações de trabalho, seguras ou não, são balizadas por um conjunto de elementos em interação (técnicos, organizacionais, educacionais/ culturais e sociais).

Neste estudo onde o aspecto educacional/cultural foi priorizado através da participação dos trabalhadores no processo de identificação e reconhecimento dos riscos a que estão submetidos, por si só, já foi capaz de levá-los a um grau maior de percepção dos riscos, situação fundamental para a adoção de comportamentos mais seguros.

O papel das crenças em saúde, bem como dos mecanismos de percepção e de avaliação do risco são cruciais para as tomadas de decisão, uma vez que toda nova in-

formação é analisada a partir das crenças anteriores que condicionam as atitudes e os comportamentos a seguir[14].

Segundo Cossette[15], para se adotar um comportamento preventivo é necessário saber, e a primeira coisa que a empresa deve fazer é transmitir conhecimentos aos trabalhadores para que os possam aplicar na realização do seu trabalho e, dessa forma, desenvolver as competências profissionais necessárias para promover um ambiente de trabalho seguro.

O processo de participação dos profissionais na condução de todas as fases dos trabalhos relativos à identificação dos microrganismos que podem causar doenças infecciosas a si, e podem dificultar o controle das infecções hospitalares, levou-os a modificar radicalmente a sua autopercepção em relação aos riscos existentes no ambiente. De modo geral, tanto os escores de Lickert para autopercepção de risco relativa à preocupação dos profissionais no dia-a-dia em relação aos riscos à sua segurança e à sua própria saúde no ambiente hospitalar, quanto os escores de Lickert para autopercepção de risco relativa ao grau de influência de suas ações e atitudes no dia-a-dia para o controle das infecções hospitalares, foram maiores após terem participado ativamente deste processo onde foi priorizado o aspecto educacional/cultural, relativo aos riscos no ambiente de trabalho.

A simples intervenção em um dos elementos do conjunto que baliza as situações de reconhecimento de riscos no ambiente de trabalho, no caso deste estudo o elemento educacional/cultural, foi suficiente para amplificar de modo significativo a autopercepção de riscos por parte dos profissionais envolvidos no estudo.

A autopercepção de risco dos profissionais foi estatisticamente maior após acompanharem o processo de reconhecimento dos microrganismos presentes, tanto para os de nível superior quanto para os profissionais de nível técnico.

Os microrganismos presentes nas superfícies da unidade de terapia intensiva e nas mãos e cavidades nasais da equipe multidisciplinar são os que geralmente se encontram nos ambientes hospitalares de um modo geral. Quanto ao *Staphylococcus aureus*, o que o tornaria diferenciado seria o fato de ser MRSA resistente, o que não ocorreu. Logo, conclui-se que a microbiota bacteriana encontrada na UTI do hospital estudado, encontra-se dentro dos padrões de normalidade para o local, não tendo sido identificado naquele momento a presença de microrganismos multe resistentes.

A melhora da autopercepção de riscos pelos profissionais da unidade denota a importância da participação dos trabalhadores nos processos de reconhecimento de riscos, processo que facilita a mudança de comportamento diante dos riscos e contribui para uma melhor conscientização na adoção de procedimentos operacionais padrão e uso e equipamentos de proteção individual e coletiva, prevenindo doenças e acidentes no ambiente de trabalho.

5. CONCLUSÃO

A autopercepção do risco profissional dos trabalhadores de UTI aumentou significativamente após participarem do processo de identificação da presença de microorganismos em suas superfícies corpóreas, aumentando a preocupação com a sua própria segurança microbiológica bem como do grau de influência de suas ações e atitudes para o controle das infecções hospitalares por influencia da informação.

REFERÊNCIAS

[1] Fonseca MGU et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. Ciênc. saúde coletiva. 2007 Mar; 12(1):39-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100009&lng=pt doi: 10.1590/S1413-81232007000100009. Acessado em: 19 de março de 2011.

[2] Bley JZ, Turbay JF, Junior OC. Comportamento seguro – ciência e senso comum na gestão dos aspectos humanos em saúde e segurança do trabalho. Revista CIPA, nov. 2005.

[3] Neves M. A. Colonização das fossas nasais de acadêmicos de medicina por Staphylococcus aureus resistentes a meticilina, relacionado ao tempo de exposição no ambiente hospitalar [Tese]. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2006.

[4] Souza M, Arantes DV, Alves E. Biossegurança. In: Souza M. Assistência de Enfermagem em infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.

[5] Veiga JFFS, Padoveze MC. Infecção Hospitalar. 2003. Disponível em : http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/if_publico.htm. Acesso em: 7 de janeiro de 2013.

[6] Santos BM. O Monitoramento da colonização pelo *Staphylococcus aureus* em alunos de um curso de Auxiliar de Enfermagem durante a formação profissional. Rev. Latino Amer Enf. 2000; 8: 67-73.

[7] Oliveira AC., Armond GA., Clemente, WT. Infecções Hospitalares: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

[8] Alves, SMC. Estudo da prevalência de portadores nasais de Staphylococcus aureus metilcilina resistentes (MRSA) na comunidade, sem fatores de risco predisponente. Araraquara [Dissertação]. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2007.

[9] Menegotto FR, Picoli SU. Staphylococcus aureus oxacilina resistente (MRSA): incidência de cepas adquiridas na comunidade (CA - MRSA) e importância da pesquisa e descolonização em hospital. RBAC. 2007; 39(2): 147-50.

[10] Klein G, Goulart LS. Prevalência de *Sthaphylococcus aureus* multiresistentes em amostras biológicas do Laboratório Osvaldo Cruz. Rev Bras Farm. 2008; 89(2): 121-24.

[11] Araujo WF, et al. Estudo da microbiota da flora

conjuntival em pacientes internados em UTI. Rev Bras Oftalmo. 2001; 60(11): 771-75.

[12] Koneman EW, et al. Diagnóstico microbiológico – Texto e Atlas colorido. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

[13] Roy M, Fortier L, Robert AM. Etude sur les facteurs d'adoption des mesures preventives: Le cas de la silicose associe au sablage au jet d'abrasives. Rapport B-044, IRSST, Quebec, 1994; 37.

[14] Roy M. Les EPI peut-on changer les habitudes. In Prevenir: Savoir, savoir-faire, savoir etre, faire savoir. Prevention au Travail, IRSST, 2003; 16(2): 11-4.

[15] Cossette R. Prevenir: savoir, savoir-faire, savoir etre, faire savoir. Prevention au Travail, 2003; 16(2): 8-10.

[16] Gonçalves CGO, Dias A. Três anos de acidentes do trabalho em uma metalúrgica: caminhos para seu entendimento. Ciênc. saúde coletiva. fev 2011; 16(2): 635-46 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200027&lng=pt citado em: 02 de maio de 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000200027.

PERFIL PROFISSIONAL, PERCEPÇÃO E ATUAÇÃO DE CUIDADORES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

PROFESSIONAL PROFILE, PERCEPTION AND PERFORMANCE OF CAREGIVERS IN RELATION TO ORAL HEALTH OF ELDERLY INSTITUTIONALIZED

Maria Carolina Gobbi dos Santos **LOLLI**[1], João Paulo **TRINDADE**[2], Cléverson de Oliveira e **SILVA**[3], Silvia Masae de Araújo **MICHIDA**[4], Luiz Fernando **LOLLI**[4*].

1. Mestre em Ciências Farmacêuticas. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Alvorada. Coordenadora de Pós-Graduação da Faculdade Alvorada. **2.** Cirurgião-Dentista graduado pela Universidade Estadual de Maringá. **3.** Doutor em Clínica Odontológica. Docente Adjunto do Departamento de Odontologia da UEM e da Faculdade Ingá. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Odontologia da Faculdade Ingá. **4.** Doutora em Odontologia. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Odontologia da Faculdade Ingá. **5.** Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Docente Adjuntodo Departamento de Odontologia da UEM e da Faculdade Ingá. Coordenador Geral e Docente Permanente do Mestrado Profissional em Odontologia da Faculdade Ingá.

* Rodovia PR 317, 6114, Maringá Paraná, Brasil. CEP: 87035-510. lflolli@uem.br

Recebido em 10/02/2013. **Aceito** para publicação em 12/03/2013

RESUMO

Este trabalho objetivou verificar o perfil de cuidadores formais e sua atuação em relação à saúde bucal de idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo transversal, observacional, qualito-quantitativo avaliando 35 profissionais formalmente contratados. A coleta de dados ocorreu através de entrevista dirigida estruturada. O instrumento utilizado foi composto de questões abertas com variáveis sobre o perfil dos cuidadores e a atuação desses sobre a saúde bucal dos idosos. O perfil predominante do cuidador foi a faixa etária entre 30 e 39 anos (n=16), que trabalham a menos de 5 anos com idosos (n=24) e na mesma instituição (n=33). Predominaram as formações de técnico (n=17) e auxiliar (n=8) de enfermagem. Em sua maioria, os cuidadores higienizaram a boca dos idosos (n=32) com escova e dentifrício (n=17) uma vez ao dia (n=16). Com relação às próteses, os relatos apontaram que foram higienizadas (n=31) uma vez ao dia e no banho (n=14). A formação profissional, a experiência com idosos, o tempo na instituição e o índice CPOD aferido no cuidadores não interferiram nas práticas de cuidados. De modo geral, conclui-se que os profissionais executaram procedimentos básicos em saúde bucal, porém foi baixa a frequência destes cuidados. O perfil profissional não interferiu no cuidado com a saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos, cuidado, saúde bucal.

ABSTRACT

This study aimed to determine the formal caregivers's profile and their work on the Institutionalized Elderly's health status. This was a cross-sectional, observational, qualitative- quantitative evaluating formally hired 35 professionals. The data were collected through structured interview addressed. The instrument used was composed of open questions included items about the caregivers's profiles and the performance of those on the older people's oral health. The predominant caregiver's profile was the age group between 30 and 39 years (n=16), who work less than 5 years (n = 24) and at the same institution (n=33). Technical formations predominated (n=17) and nursing auxiliary (n=8). Most of the caregivers sanitize the elderly's mouth (n = 32) with toothpaste and toothbrush (n=17) once daily (n=16). With respect to the prosthesis, the reports pointed out that were sanitized (n=31) once a day and in the bath (n=14). The training, experience with the elderly, the time in institution and the DMFT index measured the caregivers did not interfere in the practices of care. Overall, we conclude that professionals perform basic oral health was low but the frequency of this care frequency. The professional profile that didn't interferes with performance with oral health care.

KEYWORDS: Aged; care; oral health.

1. INTRODUÇÃO

O Torna-se evidente o crescimento do número de idosos em todo o mundo. O Brasil nos últimos anos tem passado pela transição demográfica, com a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. As mudanças nos padrões demográficos, o processo de migração das populações mais jovens em direção aos grandes centros e a alteração no perfil da família contemporânea modificou o papel dos familiares como provedores de suporte aos idosos[1]. As instituições para idosos surgem em decorrência da necessidade de acolher esta população que cresce e necessita de um lar seguro para viver. A institucionalização, em contrapartida, pode

ser considerada um dos fatores desumanizadores do mundo moderno[2].

Dentro das instituições, o cuidador passa a ser a pessoa com maior contato com o idoso, o que requer do profissional responsabilidade e zelo. O processo do cuidado surge no sentido de promover e manter e/ou recuperar a dignidade humana do ser cuidado, por isso o profissional que cuida, deve estar bem capacitado para realizar o seu trabalho que contém responsabilidades sociais, humanas e éticas[3]. Segundo Martins de Sá[4], os cuidadores de idosos devem ter sua formação baseada no perfil do gerontólogo, portanto apto a compreender, histórica e criticamente, o processo do envelhecimento; zelar por uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções e orientar a população idosa na identificação de recursos para o atendimento às necessidades básicas e de defesa de seus direitos.

Com o avanço da idade surgem mudanças no estilo de vida da pessoa idosa devido a alterações fisiológicas da velhice ou por problemas de saúde, isso faz parte do processo de comprometimento e decadência das funções[5]. O idoso passa a realizar com alguma dificuldade atividades que antes eram fáceis, como hábitos de higiene, locomoção e alimentação, assim o cuidador passa a assumir tarefas relacionadas à saúde do idoso representando um elo entre o idoso e a equipe de saúde[6]. Um estudo realizado por Moimaz *et al.*[7] demonstrou que os idosos brasileiros encaram o processo de envelhecimento de diferentes formas de acordo com sua história de vida. Com relação à saúde bucal, dados epidemiológicos afirmam que a condição dos idosos no Brasil é muito precária[8], devido ao tipo de assistência odontológica que obtiveram durante a vida. Muitos demonstram insatisfação com a aparência estética e com a deficiência mastigatória, o que acaba desencadeando a baixa autoestima[7].

O objetivo deste trabalho foi verificar o perfil profissional dos cuidadores de instituições de terceira idade, a atuação destes profissionais sobre a saúde bucal dos idosos e a eventual associação entre as variáveis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, qualito-quantitativo, realizado com cuidadores atuantes em 2 instituições para terceira idade do município de Maringá – PR. Aos cuidadores explicou-se o objetivo, as vantagens e as dificuldades da presente pesquisa e leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com aquiescência de 35 profissionais.

A coleta de dados ocorreu através de entrevista dirigida estruturada, sendo realizadas nos locais de trabalho dos cuidadores, entre 15h00min e 19h00min, durante os meses de julho e agosto de 2010, após o consentimento dos dirigentes das respectivas instituições. Toda a coleta foi realizada por um único examinador previamente calibrado. O instrumento utilizado foi composto de questões abertas para avaliar o perfil profissional e a atuação de cuidadores sobre a saúde bucal dos idosos. Este instrumento foi previamente validado na Clínica Odontológica da UEM, onde foram entrevistados oito responsáveis e cuidadores de idosos que estavam em atendimento no projeto de Reabilitação Oral.

As variáveis de estudo foram divididas em duas categorias, sendo "1 - O perfil dos cuidadores:" idade, tempo de experiência de trabalho com idosos, tempo na instituição, formação, índice CPOD; e "2 - Cuidados com a saúde bucal dos idosos": higiene da boca dos idosos, higiene e armazenamento das próteses, percepção do impacto da saúde bucal na vida dos idosos. O índice CPOD dos cuidadores foi anotado com intuito de verificar se a condição bucal destes interferia no cuidado com os idosos. Com isso foi realizado uma inspeção visual nos participantes, utilizando-se espátula de madeira e iluminação ambiente. O conteúdo das entrevistas foi organizado em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel. Os dados qualitativos foram analisados por Categorização de Conteúdos segundo técnica proposta por Bardin[9] e os dados quantitativos por meio de estatística descritiva. Foi realizado o teste "Coeficiente de Contingência C" para avaliar a associação entre as variáveis relacionadas ao "perfil profissional", considerando o índice CPO-D e as variáveis "higienização bucal" e "higienização de próteses", com auxílio do software estatístico Bioestat 5.0.

Houve a aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com o parecer N° 371/2010.

3. RESULTADOS

Na presente pesquisa, a população de estudo apresentou idade mínima de 22 anos e máxima de 54 anos, sendo a maioria (n=16) com idade variando entre 30 a 39 anos. Em relação aos anos dedicados aos cuidados com idosos, a maior parte dos entrevistados (n=24) possuía de alguns meses até cinco anos de experiência com pacientes da terceira idade. O tempo de trabalho na instituição em que o cuidador trabalha atualmente também foi analisado e 16 desses trabalham de seis meses a dois anos, sendo que apenas 2 trabalham a mais de cinco anos. A formação profissional de técnico em enfermagem (n=17) foi a mais frequente nas instituições pesquisadas, seguida de auxiliar de enfermagem (n=8) e de cuidador (n=5). Além disso, 5 dos participantes não possuíam formação profissional.

O índice CPOD dos cuidadores examinados oscilou de 0 (zero) a 28, demonstrando os diferentes níveis de condições de saúde bucal. A maioria dos cuidadores (n=18) apresentou escores do índice CPOD variando de 11 a 20. Os dados referentes ao perfil dos cuidadores estão apresentados na Tabela 1.

Em termos de cuidados bucais, 32 cuidadores relata-

ram higienizar a boca dos idosos ou monitorar a higiene feita pelo próprio idoso, a maioria realiza a higiene com escova dental e dentifrício (n=17) ou com gaze (n=10) no caso dos idosos totalmente desdentados.

Tabela 1. Perfil dos cuidadores de instituições de terceira idade do município de Maringá, 2010.

Idade	**n**
Entre 20 e 29 anos	12
Entre 30 e 39 anos	16
Acima de 40 anos	7
Tempo na Instituição	**n**
Até 2 anos	16
De 2 a 5 anos	17
Acima de 5 anos	2
Experiência com Idosos	**n**
Até 5 anos	24
De 5 a 10 anos	6
Acima de 10 anos	5
Formação	**n**
Cuidador	5
Técnico em Enfermagem	17
Auxiliar de enfermagem	8
Nenhuma	5

Quando questionada a freqüência da higiene bucal dos idosos na instituição, 16 cuidadores dizem higienizar ou monitorar a higiene uma vez no dia, normalmente no momento do banho.

Tabela 2: Atuação de cuidadores em relação à higiene bucal dos idosos institucionalizados do município de Maringá, 2010.

Os idosos têm a boca higienizada?	**n**
Sim	32
Não	3
Como a boca é higienizada?	**n**
Escova	3
Escova+dentifrício	17
Gaze	10
Colutório bucal	2
Não higieniza	3
Quantas vezes a boca é higienizada?	**n**
nenhuma	3
uma	16
duas	15
Três	1

Não houve diferença estatística significativa com relação ao índice CPOD dos cuidadores e o fato de realizarem a higienização da boca dos idosos ($p=0,22$), nem à quantidade de vezes que é feita a higiene ($p=0,19$) e por fim também não houve diferença com relação ao fato de higienizarem as próteses dos idosos ($p=0,51$) (Tabela 2).

Em reação aos cuidados com a higiene e conservação das próteses dos idosos demostrado na Tabela 3, foi observado que 31 cuidadores higienizam as próteses dos idosos e 24 destes, higienizam com escova dental e dentifrício. A maioria (n=14) faz a higiene das próteses durante o banho matinal. No período noturno, durante o sono, 12 cuidadores dizem remover as próteses dos idosos e quando questionado sem relação ao armazenamento, 6 responderam armazenar as próteses em copo d'água com hipoclorito.

Tabela 3. Atuação dos cuidadores em relação à higiene e conservação de próteses de idosos institucionalizados do município de Maringá, 2010.

É feita a higiene das próteses?	**n**
Sim	31
Não	4
Quando é feita a higiene das próteses?	**n**
No banho	14
No banho e após almoço	5
No banho e após jantar	9
No banho, após almoço e após jantar	1
Após jantar	2
Não higieniza	4
Como é feita a higiene das próteses?	**n**
Escova	6
Escova+dentifrício	24
Escova+sabão	1
Não higieniza	4
As próteses são removidas durante o sono?	**n**
Sim	12
Não sabe	23
Onde são armazenadas as próteses removidas?	**n**
Copo d'água	4
Copo d'água+hipoclorito	6
Caixinha individual	2

Adicionalmente, 32 cuidadores responderam afirmativamente que os problemas bucais podem afetar a saúde geral dos idosos.

Não foi encontrada associação estatisticamente significante entre as variáveis do perfil profissional dos cuidadores com higienização bucal (Tabela 4) e higienização de próteses (Tabela 5).

Tabela 4. Associação "perfil profissional e CPO-D" dos cuidadores com "Higienização Bucal nos idosos institucionalizados do município de Maringá 2010.

	Higiene Bucal nos Idosos		
Idade	**sim**	**Não**	**valor de "p"**
Entre 20 e 29 anos	12	0	p>0,05
Entre 30 e 39 anos	14	2	p>0,05
Acima de 40 anos	6	1	p>0,05
Tempo na Instituição			
Até 2 anos	16	0	p>0,05
De 2 a 5 anos	14	3	p>0,05
Acima de 5 anos	2	0	p>0,05
Experiência com Idosos			
Até 5 anos	23	1	p>0,05
De 5 a 10 anos	4	2	p>0,05
Acima de 10 anos	5	0	p>0,05
Formação			
Cuidador	5	0	p>0,05
Técnico em Enfermagem	16	1	p>0,05
Auxiliar de enfermagem	6	2	p>0,05
Nenhuma	5	0	p>0,05
CPOD			
0 a 10	12	0	p>0,05
11 a 20	15	3	p>0,05
21 a 32	2	0	p>0,05

4. DISCUSSÃO

A amostra de cuidadores considerada nesse trabalho possui um perfil predominante de média idade (entre 30 e 39 anos). Outros trabalhos demonstraram que essa faixa etária é a que concentra um maior número de profissionais atuantes nesse setor[3,10]. Tal fato deve-se à exigência física desta atividade[11], o que torna a idade um fator importante, pois a dependência dos idosos exige certo esforço físico do cuidador.

Os anos de dedicação e de experiência de trabalho com idosos representam um fator muito importante com relação à qualidade do tratamento ao paciente[12]. No presente estudo, a maioria dos profissionais (68,5%) apresentou até cinco anos de experiência no trato a pacientes da terceira idade. De modo semelhante 60,2% dos cuidadores entrevistados por Ribeiro *et al.*[12], tinham menos de cinco anos de experiência na profissão. Os mesmos autores justificam o pouco tempo de trabalho com idosos em razão do estresse profissional gerado.

Verificou-se também nesta pesquisa que a maioria dos cuidadores (n=17) trabalha de dois a cinco anos na atual instituição, média semelhante da encontrada por Saliba *et al.*[3], que encontraram média de 3,13 anos de trabalho.

Tabela 5. Associação "perfil profissional e CPO-D" dos cuidadores com "Higienização de Próteses dos idosos institucionalizados do município de Maringá, 2010.

	Higiene de Próteses dos Idosos		
Idade	**sim**	**não**	**valor de "p"**
Entre 20 e 29 anos	11	1	p>0,05
Entre 30 e 39 anos	14	2	p>0,05
Acima de 40 anos	6	1	p>0,05
Tempo na Instituição			
Até 2 anos	16	0	p>0,05
De 2 a 5 anos	13	4	p>0,05
Acima de 5 anos	2	0	p>0,05
Experiência com Idosos			
Até 5 anos	22	2	p>0,05
De 5 a 10 anos	4	2	p>0,05
Acima de 10 anos	5	0	p>0,05
Formação			
Cuidador	5	0	p>0,05
Técnico em Enfermagem	16	1	p>0,05
Auxiliar de enfermagem	5	3	p>0,05
Nenhuma	5	0	p>0,05
CPOD			
0 a 10	11	1	p>0,05
11 a 20	15	3	p>0,05
21 a 32	2	0	p>0,05

A rotatividade de funcionários neste tipo de emprego é relativamente alta, devido o desejo do cuidador em mudar de ambiente de trabalho devido ao desgaste físico causado pela grande demanda de cuidados e do desgaste emocional gerado pela empatia e o vínculo do cuidador com o paciente. A atividade exercida pelo cuidador de idosos institucionalizados é deveras desgastante e a tarefa de cuidar de um adulto dependente implica riscos de tornar o cuidador doente e igualmente dependente[13]. Um outro ponto de relevância na atuação do cuidador é o padrão educacional e a formação profissional, situações que podem impactar na qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos[14] de forma cautelosa.

Nas instituições de terceira idade analisadas, a formação mais frequente dos cuidadores é a de técnico de enfermagem (n=17), diferente dos resultados encontrados por Saliba *et al.*[3] em que a maioria dos cuidadores possuía o curso de auxiliar de enfermagem. Porém, a formação vai além da técnico-científica (Medeiros *et al.*[15]), pois existe a necessidade de formação complementar para lidar com os idosos, tendo em vista que estes possuem necessidades físicas, psíquicas e sociais que extrapolam o modelo biomédico ainda prevalente na

formação dos profissionais de saúde. O contexto social e o processo de envelhecimento devem estar presentes na formação. A importância da realização de projetos extramuros na formação de profissionais de Odontologia já foi destacada por Moimaz *et al*.[16]. Em outro trabalho Moimaz *et al*.[17] citam a criação de um espaço intergeracional de troca de saberes, inserindo os idosos no ambiente acadêmico e acadêmicos em instituições de terceira idade. Segundo os autores, tal prática tem contribuído para a melhor compreensão dos aspectos do envelhecimento.

Quando associado o índice CPOD dos cuidadores com a realização da higiene bucal dos idosos não houve significância estatística ($p>0,05$) que indicasse que pessoas com melhores condições bucais tenham maiores cuidados sobre a saúde bucal alheia.

Ao todo, 32 cuidadores higienizaram a boca dos idosos parcialmente dependentes e dos totalmente dependentes ou monitoram a higiene daqueles que a conseguem realizá-la. É muito importante fazer a higiene da boca dos pacientes acamados ou daqueles com doenças degenerativas que impossibilitam a autossuficiência de cuidados. A institucionalização favorece a redução da prática de atividade física e da capacidade para realização das atividades de vida diária[18]. Se o idoso for capaz de realizar a higiene bucal sozinho, este deve ser encorajado a fazê-lo. Nesse caso, cabe ao cuidador providenciar o material necessário e ajudá-lo no que for preciso[19]. A higiene bucal exercita a coordenação motora dos idosos, por isso deve ser estimulada, além de elevar a autoestima, que segundo Montenegro et al.[20] é considerada a razão primordial para uma vida útil e feliz nos últimos anos de vida.

A saúde bucal é indissociável da saúde global e deve estar articulada ao sistema de cuidado integral à saúde do idoso, particularmente daquele institucionalizado. Para isso, é necessário envolver a instituição, os profissionais que nela trabalham a família, os serviços públicos de saúde, a academia e o próprio idoso no exercício do autocuidado[21]. Os cuidadores das instituições visitadas fazem a higiene bucal dos idosos com o uso de escova dental e dentifrício (n=17) e/ou gaze (n=10) naqueles que apresentam alguma arcada desdentada. O pesquisador Conceição[22] orienta higienizar a boca dos idosos com gaze umedecida com água filtrada ou solução antisséptica. Esta orientação é semelhante a do Guia Prático do Cuidador[19], que adiciona a escovação com cerdas macias dos pacientes desdentados e orienta a higiene bucal dos que possuem dentes utilizando escovas de cerdas macias e com pouca quantidade de dentifrício para evitar que o idoso engasgue, além de recomendações ao fio dental. Os entrevistados higienizam ou cuidam da higiene dos idosos em sua maioria uma vez no dia (45,7%) e duas vezes ao dia (42,9%). Em uma avaliação realizada em um lar para idosos, os pesquisadores Rossato *et al*.[23] observaram que 34,7% dos idosos diziam higienizar a boca pelo menos 3 vezes ao dia. Já Conceição[22] recomenda a higiene bucal de idosos 3 vezes ao dia.

Durante a terceira idade surgem alterações fisiológicas, a redução do fluxo salivar é uma delas e pode vir a causar a xerostomia agravando o quadro de infecções e estomatites[24], sendo assim a higiene bucal deve ser mais frequente para que haja a diminuição do risco dessas infecções.

Os idosos portadores de próteses necessitam de cuidados quanto à higienização e armazenamento das mesmas. No presente estudo, os cuidadores em sua maioria (n=31) higienizam as próteses dos idosos, este resultado corrobora com o estudo de Saliba *et al*.[3]. A higiene da prótese assim como a higiene bucal na maioria das vezes é feita durante o banho (n=14), dado pela manhã, isso é feito segundo os próprios cuidadores devido à conveniência de se fazer uma higiene completa do paciente. O Guia Prático do Cuidador[19] possui um tópico pertinente à higiene das próteses dos idosos, segundo este a escovação deve ser feita com escova de cerda dura auxiliada com sabão ou dentifrício e quando armazenada fora da boca durante o sono deve permanecer em recipiente com água apenas, sem qualquer produto como água sanitária. No presente estudo 24 cuidadores higienizaram as próteses dos idosos com escova dental e dentifrício, corroborando assim, com o Guia Prático do Cuidador[19]. Porém Saliba *et al*.[25] afirmam que o uso de dentifrícios deve ser evitado por conter agentes abrasivos e desgastar assim a resina da prótese, além de gerar fissuras retentivas onde pode ocorrer a proliferação de bactérias. Segundo os autores a higiene deve ser realizada após cada refeição o que ocorreu apenas 1% no presente estudo. Mesmo sendo realizada de forma esperada ou ideal, a higiene das próteses não foi negligenciada nas instituições visitadas em Maringá.

Os cuidadores relataram não saber (n=23) se as próteses são removidas durante o sono, pois a maioria trabalha no período do dia. No período da noite o volume de cuidadores é menor e de todos entrevistados 12 dizem remover as próteses de todos os idosos durante o sono. Os autores Saliba *et al*.[25] afirmam a necessidade da retirada da prótese dentária por, no mínimo, 8 horas diárias para a recuperação dos tecidos bucais. Essa prática foi realizada pelos cuidadores noturnos em sua totalidade. Quanto à armazenagem da prótese durante o sono os cuidadores noturnos foram questionados e 6 responderam que são armazenadas em copo com água e hipoclorito, segundo o Manual para conservação e higienização de próteses dentárias[25] as próteses devem ser mergulhadas uma ou duas vezes na semana durante 15 minutos em um recipiente contendo 220 ml de água e uma colher de chá de hipoclorito de sódio 2%.

As variáveis relacionadas ao perfil profissional não

estiveram estatisticamente associadas ($p>0,05$) às variáveis de cuidado "higienização bucal e de próteses". Em um estudo realizado por Carneiro *et al.*[26], 70% dos cuidadores entrevistados responderam que necessitavam de melhor qualificação para realizar suas atividades profissionais, segundo os autores isso é reflexo de uma nova mentalidade sobre o acolhimento da velhice dependente. Numa área de PSF no município de Goiânia, Nakatani *et al.*[27] constataram que a falta de escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados aos idosos. A literatura que se encontra é escassa em trabalhos que relacionam o perfil de cuidadores com a qualidade do cuidado prestado aos idosos, necessitando assim de novos estudos nesta vertente da saúde pública. Cabe salientar que talvez com o aumento da população amostral de cuidadores poderia haver significância estatística entre o perfil profissional e as variáveis de cuidado.

A saúde geral do idoso está intimamente ligada à saúde bucal, por isso é dever do cuidador e do próprio idoso zelar pelos cuidados relacionados ao sistema estomatognático, este possui uma relação direta com as funções vitais como mastigação, a fonação, deglutição, digestão e respiração[24]. Os cuidadores entrevistados (n=32) acham que há relação entre a saúde geral e a saúde bucal do idoso, este resultado corrobora com o estudo de Saliba *et al.*[3]. Muitos cuidadores realizaram comentários enfatizando a importância da saúde bucal: *"Com certeza, não só do idoso, mas com a nossa também"*; *"Claro! É importante para digestão, tenho dó dos vô que não tem dentes"*; *"Acho que sim, porque eles sem dentes ficam tudo magros e muitos ficam tristes querendo dentes"*. Os autores Shimazaki *et al.*[28] já afirmavam que uma oclusão funcional pode levar a uma expectativa de vida mais longa. A saúde bucal é importante para a saúde física como também para a saúde mental do idoso, a perda dos dentes causa consequências em todos os órgãos do corpo, dores na face e interfere no convívio social, dificultando-o[29,30]. A boca, antes de ser um órgão, representa um território, um local nobre no corpo humano, por carregar a missão biológica de alimentação, comunicação, autoestima e aspectos afetivos, como um beijo[7]. Por isso os cuidados com a boca e com a saúde de todo sistema estomatognático representam um cuidado maior, e o respeito ao ato de viver bem.

5. CONCLUSÃO

Os profissionais avaliados executaram cuidados básicos em relação à saúde bucal dos internos no que se refere à higienização bucal e de próteses. Porém, torna-se necessário programar abordagens sobre a frequência das práticas de cuidados bucais. Apesar de não haver associação entre as variáveis relacionadas ao perfil profissional e a higienização bucal e das próteses dos idosos, sugere-se uma formação continuada aos cuidadores de todos os perfis analisados, visando adoção de cuidados mais amplos sobre a saúde bucal na terceira idade. Estudos posteriores devem ser elaborados em outras regiões no intuito de melhor compreender as relações de cuidado institucional.

6. AGRADECIMENTO

Os autores fazem especial agradecimento às Instituições de Melhor Idade e aos profissionais que participaram desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

[1] Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, organizador. Gerontologia. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996. p.26-43.

[2] Vieira EB. Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

[3] Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007 Jan/Abr; 11(21): 39-50.

[4] Martins de Sá JL. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1119-24.

[5] Caldas CP. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

[6] Elias KN, Montandon AAB, Pinelli LAP, Rosel FL. Estresse no "cuidar" e a importância dos cuidadores na saúde bucal dos idosos. Rev. Odontol. UNESP. 2008; 37(especial).

[7] Moimaz SAS, Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2009; 12(3): 361-75.

[8] Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2003.

[9] Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70, 2008.

[10] Mello, ALSF. Cuidado provido a pessoas idosas residentes em instituições de pequeno porte em Porto Alegre – RS: a retórica, a prática e os métodos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

[11] Frenkel HF, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregiver's knowledge and attitudes: a randomized controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30:91-100.

[12] Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(4): 1285-92.

[13] Cerqueira ATAR. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicol. USP 2002; 13(1).

[14] Nakatani AK, Souto CCS, Paulette LM, Mello TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo PSF. Rev. Eletrônica Enferm. 2003; 5(1): 15-20.
[15] Medeiros FAL, Araújo DV, Barbosa LNS. Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre cuidar de idosos. Cogitare Enferm. 2008; 13:535-41.
[16] Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Zina LG, Furtado JF, Amorim JA. Serviço extramuro odontológico: impacto na formação profissional. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2004; 4: 53-7.
[17] Moimaz SAS, Garbin CAS, Lolli LF, Dossi AP, Nayme JGR. Percepção de acadêmicos de Odontologia sobre o envelhecimento. Rev. Odontol. UNESP 2010 Jul/Ago; 39(4): 227-31.
[18] Nogueira FP, Garcia RR. Evolução da capacidade funcional de mulheres institucionalizadas e não-institucionalizadas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde USCS 2008 Out/Dez; 18: 58-70.
[19] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF; 2008.
[20] Montenegro FLB, Manetta CE, Brunetti BR. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriátrico. Atual. Geriatr. 1998 Jun; 3(17):6-10.
[21] Mello ALSF, Erdmann AL. Unveiling contradictions and incorporating Best practices in the elderly's oral health. Physis 2007 Jan/Apr; 17(1): 139-56.
[22] Conceição LFS. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. Rev. Med. Minas Gerais 2010; 20(1): 81-91.
[23] Rossato C, Oliveira MP, Montandon AAB, Massucato EMS. Avaliação da saúde bucal de pacientes idosos do Lar São Francisco de Assis. Rev. Odontol. UNESP 2005; 34(especial).
[24] Silva EMM, Silva Filho CE, Fajardo RS, Fernandes AUR, Marchiori AV. Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. Rev. Ciênc. Ext. 2005; 2(1): 62.
[25] Saliba NA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Brandão IG, Castilho, AP. Manual para conservação e higienização de próteses dentárias. Araçatuba: FOA – Unesp; 2001.
[26] Carneiro BG, Pires EDO, Dutra Filho AD, Guimarães EA. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. ConScientiae Saúde 2009; 8(1): 75-82.
[27] Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Rev. Eletrôn. Enferm. 2003; 5(1).
[28] Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. J. Dent. Res. 2001 Jan; 80(1): 340-45.
[29] Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RA. Condições de Saúde Bucal em Adultos e Idosos em Itatiba/Sp, Brasil – 2000. Rev. Odontol. UNESP 2001; 30(2): 245-256.
[30] Brunetti R, Montenegro FLB. Odontogeriatria: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

ENDOMETRIOSE DE BEXIGA E APÊNDICE -RELATO DE CASO-

BLADDER AND APPENDIX ENDOMETRIOSIS -CASE REPORT-

Marcos Francisco Pereira **LOBRIGATTE**[1*], Eufânio Estefano **SAQUETI**[2], Antonio Carlos **CARDOSO**[3], Wilson Ricardo **ROSOLEM**[4], SIMONE MATOS **ROSOLEM**[5]

1. Farmacêutico, Mestre, Acadêmico de Medicina da Faculdade Ingá e membro da Liga Acadêmica de Urologia e Transplantes da Faculdade Ingá; **2.** Médico Urologista, Membro TiSBU; **3.** Médico Ginecologista e Obstetra; **4.** Médico Urologista, Membro TiSBU; **5.** Acadêmica de Medicina da Faculdade Ingá.

***** Av. Goioerê, 1599, Apto 501, Centro, Campo Mourão, Paraná, Brasil. CEP: 87303-110. marcosfpl@yahoo.com.br

Trabalho desenvolvido pela Liga Acadêmica de Urologia e Transplantes do Curso de Medicina da Faculdade Ingá.

Recebido em 10/02/2012. **Aceito** para publicação em 27/03/2013

RESUMO

Endometriose é uma doença com prevalência em torno de 15% entre as mulheres. No entanto, sua presença na bexiga e apêndice é rara e de difícil diagnóstico. Entre as consequências da endometriose estão o sangramento local, a inflamação, a dor pélvica, a adesão e infertilidade, levando a expressiva redução da qualidade de vida. O objetivo do presente estudo foi o de relatar um caso clínico de endometriose de bexiga e apêndice, relacionando a clínica do paciente, os exames de imagem e a abordagem cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: endometriose, bexiga urinária, apêndice cecal.

ABSTRACT

Endometriosis is a disease which prevalence is about 15% among women. However its presence in the bladder and appendix is rare and difficult to diagnose. The consequences of endometriosis are local bleeding, inflammation, pelvic pain, infertility and adhesion, leading to significant reduction in quality of life. The aim of this study was to report a case of bladder and appendix endometriosis, linking to the patient's clinical history, imaging tests and the surgical approach.

KEYWORDS: endometriosis, bladder, appendix.

1. INTRODUÇÃO

Define-se como endometriose a presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) responsivo aos hormônios sexuais, fora da cavidade uterina. É uma condição patológica muito comum entre mulheres em idade reprodutiva, com uma prevalência em torno de 15%, podendo resultar em sangramento local, inflamação, dor pélvica, adesão e infertilidade[1,2].

A doença foi caracteriza por Sampson (1927 apud CONCEIÇÃO, 2005)[3] que também estabeleceu sua provável etiologia (teoria da menstruação retrógrada por refluxo tubário), mas apesar de numerosos estudos e pesquisas terem sido desenvolvidos até os dias atuais, ainda não se sabe claramente sua etiologia, patogenia e cura.

As lesões da endometriose podem ser observadas em muitos locais (sendo mais encontradas nos limites da pelve) e terem aspectos variados. Ocorrem principalmente nos ovários (54%), ligamento largo (35%), saco de Douglas (35%) e ligamentos útero-sacros (8%). No entanto, lesões a distância também já foram descritas: pleura, pulmão, pericárdio, sistema nervoso central, diafragma, vesícula biliar, fígado, intestino delgado, apêndice cecal, cólon, reto, bexiga, ureter, rim, cicatriz umbilical, incisões da parede abdominal, cicatrizes de episiotomias, músculos, ossos e nervos periféricos[3,4,5].

Macroscopicamente, as lesões características são focos azulados ou com aspecto de pólvora, que podem estar distribuídas em área de extensão variável da superfície peritoneal. Com a evolução, a doença provoca aderências das vísceras e do peritônio, com formação de fibrose. Lesões císticas de pequeno volume e de coloração azulada caracterizam as lesões superficiais. Cistos grandes e profundos constituem os endometriomas, cujo conteúdo sanguíneo, acumulado ao longo do tempo, adquire consistência espessa e coloração escura semelhante à calda de chocolate. Por isso, os endometriomas são também conhecidos por “cistos de chocolate”. Apesar de a endometriose ser uma doença benigna, exibe proliferação celular, invasão celular e angioneogênese, comportando-se, muitas vezes, com agressividade de doença

maligna[3].

Endometriose de Bexiga Urinária: o primeiro caso de endometriose vesical foi descrito por Judd em 1921[6] e a partir de então, um número crescente de casos similares vem sendo relatados. A endometriose envolvendo o trato urinário tem sido relatada com uma frequência de 1% a 4% em mulheres com endometriose sintomática, sendo a bexiga (80% a 84%) a região mais acometida, seguida pelo ureter (15%), rins (4%) e uretra (2%)[7,8].

Ainda não há consenso em relação à classificação da endometriose do trato urinário. O tratamento desta rara, mas significativa causa de sintomas da bexiga e obstrução do trato urinário permanece controversa[2,9].

Endometriose de Apêndice Cecal: de acordo com Gustofson *et al.* (2006)[10] a endometriose de apêndice foi descrita pela primeira vez em 1860. A prevalência de endometriose intestinal varia de 5,4% a 25,4%[11] e a região mais afetada é o reto-sigmóide (65% dos casos), seguido pelo íleo e apêndice[12]. Endometriose de apêndice é uma rara condição, ocorrendo em cerca de 2,8% dos casos de endometriose[10], porém nenhum estudo ainda estabeleceu precisamente sua prevalência, a relação com a presença de endometriose em outros órgãos e nem as características clínicas desses pacientes[13].

O objetivo do presente estudo foi o de relatar um raro caso clínico de endometriose de bexiga e apêndice, relacionando a clínica do paciente, os exames de imagem e a abordagem cirúrgica.

1.1 **Proposição**

Trata-se de um estudo do tipo "relato de caso clínico", descritivo e qualitativo. A seleção da paciente foi realizada em uma clínica de urologia da cidade de Campo Mourão-PR, de forma não aleatória, tendo como critério a raridade de sua patologia.

Solicitou-se autorização da paciente, maior de idade, para que se realizasse o estudo de seu caso. Após ter sido esclarecida e concordar com o estudo, a mesma forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado.

.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

L.M.S, 31 anos, sexo feminino, nuligesta, passou a apresentar em novembro de 2011, dor pélvica difusa tipo cólica limitante, com maior intensidade ao final do período menstrual, com duração de 10 a 15 dias. Refere irradiação para os flancos e com pouca melhora em posição genupeitoral. Fazia uso de anticoncepcional combinado hormonal oral (ACHO) prescrito para uso continuo de 21 dias e descanso de 7 dias, há aproximadamente 9 anos. Refere hábitos intestinais e urinários normais. Mãe e três irmãs sem histórico desse tipo de queixa. No exame físico do abdome nenhuma massa foi palpada.

A paciente procurou o serviço de ginecologia, realizando ultrassonografia (US) pélvico transvaginal, onde não mostrou alterações significativas. Optou-se por prescrever ACHO por 3 meses ininterruptamente. Durante esse período houve remissão dos sintomas, porém após o término deste tratamento, os sintomas reiniciaram de forma mais intensa. O ACHO foi reiniciado da mesma forma, porém desta vez as dores continuaram. O uso de antiespasmódicos e analgésicos promovia pouca melhora da dor.

Realizado novo US pélvico transvaginal, *"observado lesão mal definida, de limites imprecisos, hipoecóica e heterogênea, sem fluxo significativo ao doppler, localizada adjacente/em contato com a parede anterior do corpo/fundo uterinos, sem planos de clivagem com este, medindo cerca de 4,1 x 3,4 x 2,3 cm (vol. aprox. 16,7 cm^3), sendo observado no interior desta, uma imagem cística ovalada, hipoecóica e heterogênea (conteúdo espesso), medindo cerca de 2,4 x 2,4 x 2,3 cm"*.

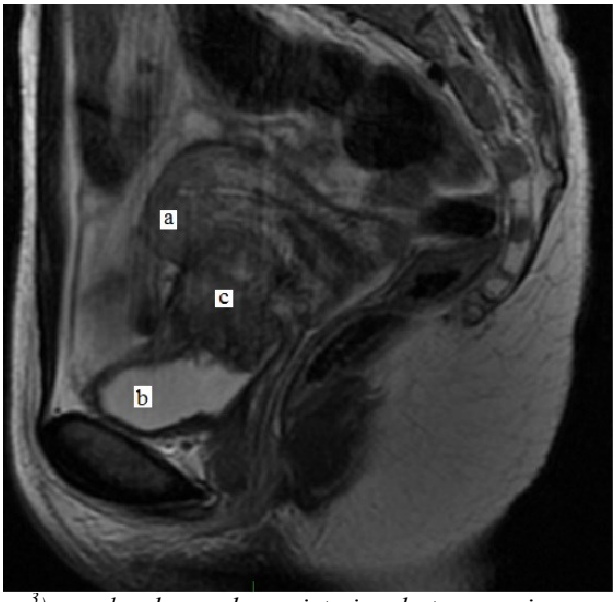
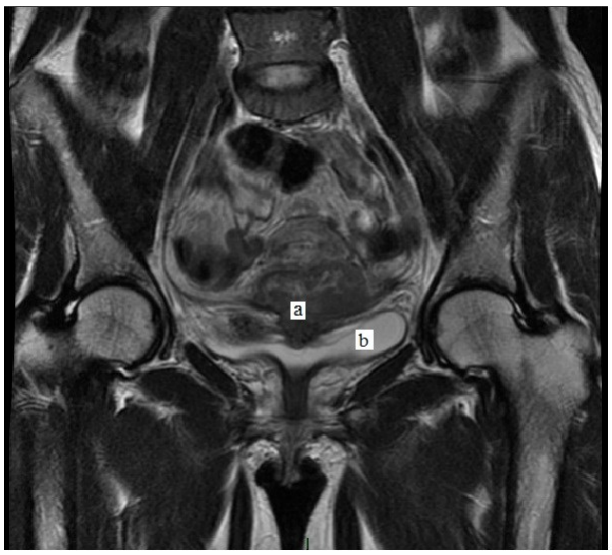


Figura 1. Imagem obtida por meio de Ressonância Magnética (RM), em corte sagital T2 mostrando a lesão no espaço vesico-uterino. a) útero; b) bexiga; c) formação nodular heterogênea.

Realizado também US do abdome total, onde a bexiga urinária apresentou "*paredes lisas e regulares, sem vegetações em seu interior, com grumos/sedimentos*".

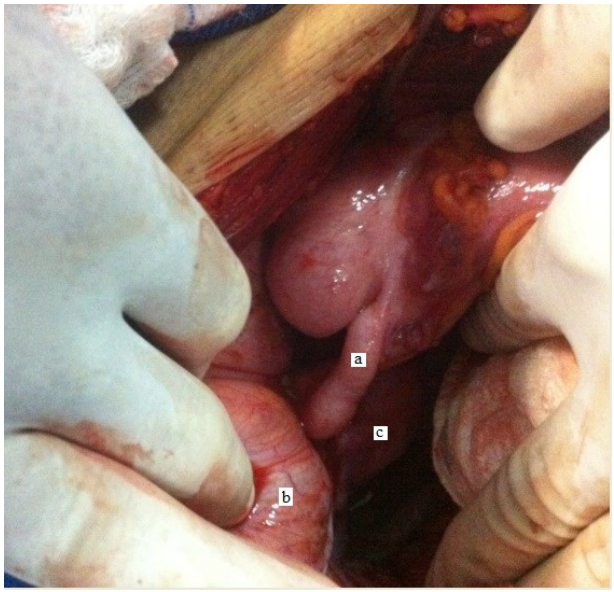
Solicitado ressonância magnética (RM) da pelve, apresentando "*formação nodular heterogênea, mal definida e de limites imprecisos, localizada no espaço vesico-uterino, sem planos de clivagem com porções posteriores do domo vesical e com a parede anterior do corpo uterino, apresentando sinal heterogêneo, com áreas iso e hiperintensas em T2, acentuadamente hiperintensa em T1, com realce ao gadolínio, com medidas estimadas em 4,8 x 3,7 x 3,2 cm. A bexiga apresentou-se sem imagens de falhas de enchimento no seu interior"*. As figuras 1 e



2 ilustram a formação/lesão nodular heterogênea e suas relações de posicionamento com as estruturas anatômicas da pelve.

Figura 2. Imagem obtida por meio de Ressonância Magnética (RM), em corte coronal T2 mostrando a lesão que leva a um abaulando extrínseco da região posterior da bexiga. a) formação nodular heterogênea; b) bexiga.

A paciente foi levada à cistoscopia, cujo achado foi de uma bexiga com paredes totalmente normais, porém



com abaulamento extrínseco de aproximadamente 3 cm no maior diâmetro em região de fundo vesical. Realizada a biopsia desta região, o resultado foi inconclusivo.

Figura 3. Cirurgia aberta. a) apêndice; b) bexiga; c) útero.

Após avaliação dos exames, a paciente fora encaminhada ao serviço de urologia, realizando cistoscopia armada (vídeo cistoscopia com anestesia) para ressecção de maior quantidade de material via bexiga para estudo histológico. Porém durante esta ressecção houve saída de grande quantidade de material cor achocolatada, dando-se a impressão de invasão tumoral. Optou-se com conversão para cirurgia aberta imediata.

Durante inventario de cavidade a única alteração observada foi um intenso processo inflamatório na extremidade do apêndice cecal mantendo aderido a esta inflamação/tumoração o fundo vesical e a parede anterior do útero (Figura 3). Os demais órgãos do inventario de cavidade, apresentaram-se totalmente normais.

Optado por apendicectomia com maturação por eversão do coto apendicular, cistectomia parcial e histerorrafia com reavivamento de bordos da parede uterina. A paciente permaneceu internada por aproximadamente 5 dias, recebeu alta hospitalar com sonda vesical de demora, que foi retirada em 14 dias. A evolução pós-operatória foi totalmente satisfatória.

Todo o material foi encaminhado para estudo histológico, que deixou com hipótese diagnostica de endometriose precedido da seguinte descrição: *"processo inflamatório crônico associado à hemorragia, sederófagos e proliferação de células epitelióides comprometendo a camada serosa do apêndice e as camadas serosa e muscular própria da bexiga. A mucosa urotelial apresentou hiperplasia sem atiapias e a mucosa do apêndice mostrou-se preservada. O padrão morfológico descrito pode corresponder à endometriose comprometendo bexiga e apêndice."*

A paciente encontra-se totalmente assintomática, em uso de ACHO de uso continuo ininterrupto e com cistoscopia de controle associado a exames de imagem de 4 em 4 meses

3. DISCUSSÃO

A queixa clínica da endometriose de bexiga pode se apresentar com múltiplos sintomas ginecológicos e/ou urológicos, no entanto a maioria dos sintomas são não específicos e podem mimetizar uma cistite recorrente. Disúria, urgência, polaciúria, incontinência, dor pélvica (supra púbica), dismenorreia e menorragia podem estar presentes. Os sintomas são frequentemente cíclicos e relacionados à menstruação. A apresentação inespecífica e início insidioso podem retardar o diagnóstico, podendo levar a um aumento da morbidade e tratamento incorreto[14,15,16,17].

Em relação ao exame físico, em torno de metade dos casos de endometriose de bexiga apresentam massa palpável na bexiga, conforme pesquisa de Abeshouse & Abeshouse (1960)[18,19].

Assim, o diagnóstico de endometriose de bexiga é difícil clinicamente devido a sinais e sintomas vagos, onde nenhum deles é patognomônico[19].

Quanto à endometriose de apêndice, assim como em outras endometrioses intestinais, geralmente é assintomática. Quando presentes, os sintomas são atípicos, se relacionam com sintomas de doenças intestinais malignas ou inflamatórias e podem mimetizar apendicite, devendo-se considerar a endometriose de apêndice no diagnóstico diferencial de mulheres jovens com dores abdominais baixas recorrentes, inespecíficas e com história de infertilidade[20,21]. Outros sintomas também podem estar presentes, como melena ou enterorragia durante a menstruação, intussuscepção (invaginação) cecal, obstrução e perfuração do apêndice e massa abdominal[22,23,24].

No caso clínico em questão, a hipótese diagnóstica de endometriose foi levantada no início da investigação, devido às características semiológicas da dor. Apesar de muitas mulheres com endometriose apresentarem infertilidade, esta não foi possível de ser avaliada, pois desde o início das relações sexuais a paciente utilizava ACHO. Outros sintomas urológicos ou intestinais não foram referidos, tornando ainda mais difícil a relação de endometriose em bexiga ou apêndice.

Os exames de US e RM também sugeriram a possibilidade de endometriose na impressão diagnóstica, entretanto a localização dos implantes endometrióticos era um desafio, que só foi exatamente determinado durante a cirurgia aberta.

O US transvaginal tem papel importante, mas limitado para detecção de endometriose. A RM e a cistoscopia podem ser usadas na detecção de endometriose localizadas no septo retovaginal, região retrocervical e bexiga. Contudo, em relação aos exames complementares de imagem, ainda não se dispõe de um método não invasivo com alta sensibilidade e especificidade[25]. Assim, o diagnóstico de endometriose de apêndice e bexiga antes da cirurgia é difícil, sendo definitivamente estabelecido após exame histopatológico[19,26].

Em relação ao tratamento, os anti-inflamatórios não esteriodais (AINES) podem ser usados no controle da dor. A terapia supressiva é comumente utilizada, induzindo-se amenorréia com ACHO, derivados da progesterona ou agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). No entanto, caso as abordagens anti-inflamatória e hormonal não sejam eficientes, o tratamento cirúrgico pode ser a alternativa viável[5,27].

Walid & Heaton (2009)[28] afirmam que o tratamento efetivo da endometriose continua a ser principalmente cirúrgico realizado por laparotomia ou laparoscopia. A abordagem laparoscópica tem sido cada vez mais relatada, com igual eficácia e menor invasibilidade quando comparado às cirurgias abertas, apesar das dificuldades de desenvolvimento de habilidades pelos cirurgiões em cirurgias laparoscópicas. O tratamento conservador procura preservar a fertilidade da mulher com o objetivo de eliminar por ablação todos os implantes endometrióticos e aderências, preferencialmente por técnicas minimamente invasivas, para prevenir novas adesões pós-cirúrgicas. Quando a endometriose afeta o intestino e/ou bexiga, a cirurgia se torna um desafio, demorada e frequentemente requer a assistência de cirurgiões-geral e/ou urologistas.

De acordo com Brosens *et al* (2004)[29] a laparoscopia permanece como método diagnóstico padrão, tendo a vantagem de poder fazer o diagnóstico da maioria dos casos e, ao mesmo tempo, realizar o tratamento, devendo sua indicação ser bem criteriosa.

A resolução dos sintomas em longo prazo é alcançada após apendicectomia e cistectomia parcial[19,26,30].

.

4. CONCLUSÕES

Tanto para a clínica de urologia quanto a de ginecologia da cidade de Campo Mourão/PR, ambas com mais de 10 anos de experiência, este caso clínico foi inédito, sendo conduzido e resolvido satisfatoriamente até o momento, pois a endometriose é uma doença com possibilidade de recorrência.

Os achados clínicos e dos exames de imagem foram importantes para apontar a direção do diagnóstico, mas não de confirmá-lo, sendo necessário submeter a paciente a procedimento cirúrgico para que o diagnóstico fosse confirmado e estabelecido o local exato do implante endometriótico.

A endometriose mostrou-se como uma patologia limitante, onde a dor pélvica crônica resultou em significante redução da qualidade de vida da paciente. Assim, é possível avaliar a endometriose de bexiga e apêndice como uma doença rara, de difícil diagnóstico, que causou perturbações físicas importantes na paciente, além de apreensão e incertezas, pois a mesma tem desejo reprodutivo, no entanto seu tratamento hormonal a impede de engravidar. Além disso, é possível que após uma eventual descontinuação do ACHO a paciente seja infértil em consequência da endometriose.

REFERÊNCIAS

[1] Cramer DW et al. The epidemiology of endometriosis. **Ann NY Acad Sci**, 2002; 955(1):11-22.

[2] Pérez-Utrilla PM et al. Urinary tract endometriosis: clinical, diagnostic, and therapeutic aspects. **Urology**, 2009; 73(1):47-51.

[3] Conceição JCJ. Ginecologia Fundamental. 1 ed. São Paulo: **Atheneu**, 2005.

[4] Antonelli A et al. Clinical aspects and surgical treatment of urinary tract endometriosis: our experience with 31 cases. **Eur Urol**, 2006; 49(6):1093-7.

[5] Schneider A et al. Endometriosis of the urinary tract in women of reproductive age. **Int J Urol**, 2006; 13(7):902-4.

[6] Judd ES. Adenomyomata presenting as a tumor of the bladder. **Surg Clin North Am H**, 1921; 1271-1278.
[7] Bosev D et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: the Stanford University hospital experience with 96 consecutive cases. **J Urol**, 2009; 182(6):2748-52.
[8] Camanni M et al. Laparoscopic conservative management of ureteral endometriosis: a survey of eighty patients submitted to ureterolysis. **Reprod Biol Endocrinol**, 2009; 7:109.
[9] Canis M et al. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. **Fertil Steril**, 1997; 67(5):817-21.
[10] Gustofson RL et al. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehen-sive review of the literature. **Fertil Steril**, 2006; 86(2):298-303.
[11] Weed JC et al. Endometriosis of the bowel. **Obstet Gynecol**,1987; 69(5):727-30.
[12] Remorgida, V et al. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. **Obstet Gynecol Surv**, 2007; 62(7):461-70.
[13] Abrão SM et al. Endometriosis at several sites, cyclic bowel symptoms, and the likelihood of the appendix being affected. **Fertil Steril**, 2010; 94(3):1099-101.
[14] Yohannes, P. Ureteral endometriosis. **J Urol**, 2003; 170(1):20-5.
[15] Vercellini P et al. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and Clinical Management. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, 2004: 11(2):153-61.
[16] Fedele L et al. Long-term follow-up after conservative surgery for bladder endometriosis. **Fertil Steril**, 2005; 83(6):1729-33.
[17] Vercellini P et al. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. **Hum Reprod**, 2007; 22(1):266-71.
[18] Abeshouse, BS et al. Endometriosis of the urinary tract: a review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. **J Jnt Coll Surg**, 1960; 34-43.
[19] Chapron C et al. Laparoscopic management of bladder endometriosis. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 1999; 78(10):887-90.
[20] Singh KK et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. **Br J Surg**, 1995; 82(10):1349-51.
[21] Al Oulaqi NS et al. Endometriosis of the Appendix. **Afr Health Sci**, 2008; 8(3):196-8.
[22] Khoo JJ et al. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. **Singapore Med J**, 2004; 45(9): 435-6.
[23] Harris RS et al. Appendiceal disease in women with endometriosis and right lower quadrant pain. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, 2001; 8(4):536-41.
[24] Shome GP et al. Appendiceal endometriosis presenting as massive lower intestinal hemorrhage. **Am J Gastro-enterol**, 1995; 90(10):1881-3.
[25] Benacerraf BR et al. Sonography Should Be the First Imaging Examination Done to Evaluate Patients With Suspected Endometriosis. **J Ultrasound Med**, 2012; 31(4):651-3.
[26] Idetsu A et al. Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis: Report of a case. **Surg Today**, 2007; 37(6):510-13.
[27] Carmignani L et al. Pelvic endometriosis and hydroureteronephrosis. **Fertil Steril**, 2010; 3(6):1741-4.
[28] Walid MS et al. Laparoscopic partial cystectomy for bladder endometriosis. **Arch Gynecol Obstet**, 2009; 280(1):131-5.
[29] Brosens I. et al. Diagnosis of endometriosis: pelvic endoscopy and imaging techniques. Best Pract **Res Clin Obstet Gynaecol**, 2004; 18(2):285-303.
[30] Barrier BF et al. Catamenial appendicitis. **Obstet Gynecol**, 2008; 111(2):558-61.

Vol.2,n.1,pp.31-35 (Mar-Mai 2013) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR

ABSENTEÍSMO NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: UMA ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

ABSENTEEISM WORK IN PROCESS OF NURSING: AN UPDATE OF LITERATURE

Rosana Amora **ASCARI**[1*], Mariluci **NEISS**[2], Olvani Martins da **SILVA**[3]

1. Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Docente Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Docente do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação – CENSUPEG. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho - GESTRA/UDESC; **2.** Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação – CENSUPEG; **3.** Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Docente Assistente da UDESC, Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento.

***** Rua 14 de agosto, 807 E, Apto 301, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP 89801-251. rosana.ascari@udesc.br

Recebido em 07/02/2013. **Aceito** para publicação em 27/02/2013

RESUMO

O estudo objetivou identificar as principais causas de absenteísmo da equipe de enfermagem em suas diversas inserções de campo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa de atualização bibliográfica, realizada em 13 artigos publicados entre os anos de 2007 a 2011, utilizando como descritores "absenteísmo" e "enfermagem". Evidenciou-se que o perfil dos trabalhadores da enfermagem com maior percentual de absenteísmo foram mulheres do nível médio (técnicos e auxiliares). As principais causas de absenteísmo por ausências previstas foram férias e folgas. Entre as ausências não previstas foram licença maternidade, licença INSS e destaque para licença médica entre elas, por motivo de doenças do sistema osteomuscular e causas psíquicas.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo, Saúde do trabalhador, Enfermagem do trabalho.

ABSTRACT

The study aimed to identify the main nursing team's absenteeism causes in their several work fields. It is a bibliographical research, accomplished in 13 goods published among 2007 and 2011, using 'absenteeism' and 'nursing' as descriptors. It was evidenced that the nursing workers profile, with larger percentile of absenteeism, were women from medium level (technicians and auxiliaries). The main absenteeism causes for foreseen absences were vacations and rests. Among the absences non-foreseen were maternity leave, INSS leave and mainly for medical, license among them, musculoskeletal system diseases and psychic causes.

KEYWORDS: Absenteeism, Worker's health, Work nursing.

.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho sempre foi reconhecido como um ato importante na vida das pessoas, seja como fator de crescimento e realização pessoal, seja como meio de sobrevivência. Por suas determinações históricas e econômicas, o trabalho pode ser entendido como organizador da vida social, embora estabeleça caminhos para a dominação cultural, social e econômica e para a submissão do trabalhador ao capital[1].

De acordo com Saint-Jean & Therriault (2007)[2], o trabalho pode ser entendido como sinônimo de emprego, ocupação, profissão, hobby, vocação e negócios. Já Marx (1965)[3], declara que trabalho é um ato ligado ao homem por natureza e, que favorece a elaboração de um mundo de objetos úteis e concretos, mas também permite a interação entre as pessoas que estão em evolução dentro e fora de suas atividades profissionais.

O trabalho, como ação humana social, compreende a capacidade de o homem produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo[4]. No processo de interação com a natureza, mediado pelos instrumentos fabricados, o homem, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é modificado por ela. Entre as inúmeras modificações, encontram-se aquelas que têm consequências no aparelho psíquico.

Ao abordar o trabalho em instituições de saúde e relacioná-lo às condições ambientais, políticas e gerenciais, pode-se analisar a origem de uma série de agravantes da integridade e da saúde do trabalhador. Os aspectos ambientais podem oferecer riscos de ordem física, química, biológica, ergonômica, mecânica e psicológica. Assim, deve-se levar em conta a peculiaridade do ambiente das instituições de saúde, onde os trabalhadores estão permanentemente em contato com o sofrimento e a morte[1,5].

A equipe de enfermagem é a principal responsável da força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares, com responsabilidade pela assistência e gestão nas 24 horas. Este é o conjunto de trabalhadores que mais sofre com a inadequada condição de trabalho e com a insalubridade do ambiente[1].

De acordo com Maia (2002)[1,6], o absenteísmo é um termo amplo, que pode assumir uma série de significa-

dos, conforme o modo em que é abordado. Entre eles, é a ausência ao trabalho relacionada a doença justificada por atestado – caracterizado por afastamento de um a três dias, sem comprometimento dos proventos salariais e livre de prejuízos na contagem do tempo de serviço do trabalhador.

O absenteísmo pode ser classificado em cinco categorias[7,8]: 1ª) absenteísmo-doença (ausência justificada por licença-saúde), 2ª) absenteísmo por patologia profissional (causado por acidente de trabalho e/ou doença profissional), 3ª) absenteísmo legal (respaldado por lei), 4ª) absenteísmo-compulsório (por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho) e 5ª) absenteísmo voluntário (por razões particulares não justificadas).

O absenteísmo pode estar diretamente relacionado às condições de trabalho, refletindo na qualidade e produtividade laboral e na vida pessoal do trabalhador de enfermagem[9].

As ausências na enfermagem desorganizam o trabalho da equipe. A ausência de um elemento traz graves perturbações à realização das atividades e sobrecarga aos demais membros do grupo. Reduz a produção, aumenta o custo operacional e dificulta a substituição dos trabalhadores diretamente ligados à assistência, diminuindo sensivelmente a qualidade do cuidado prestado[10].

Os trabalhadores em menor número acabam por assumir carga excessiva de trabalho, provocando desequilíbrio na sua saúde, o que, não raro, acarretará aumento do absenteísmo nas instituições de saúde, sendo esse um ciclo patológico na vida da instituição[9,11].

Ao considerar o ambiente de trabalho hospitalar, os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos aos riscos ocupacionais, relacionados aos agentes físicos, químicos e biológicos e a fatores ergonômicos e psicossociais[9,12].

As condições de trabalho da enfermagem implicam em longas jornadas, no trabalho em turnos desgastantes (vespertino e noturno, domingos e feriados), nos rodízios, em multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, no controle das chefias, podendo desencadear acidentes e doenças. Os riscos ocupacionais variam de acordo com as atividades exercidas e o meio ambiente. A sobrecarga de risco pode desencadear prejuízo para a saúde do trabalhador, provocando o absenteísmo[9,12].

Autores desrevem[13,14] que a palavra "absenteísmo" tem sua origem no francês (absentéisme) que significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais. Os fatores desencadeantes da abstenção do trabalho podem ser dos mais variados tipos, entre elas podemos citar: problemas de saúde ou doenças, doenças ou acidentes do trabalho, problemas de saúde em pessoas da família, gestação e parto, casamento, entre outros. Podem ocorrer ainda faltas que não são justificadas legalmente, conhecidas como faltas injustificadas[14,15].

O absenteísmo, absentismo ou ausentismo, é expressão utilizada para definir a falta do empregado ao trabalho. Isto é, os períodos em que os empregados de determinada instituição se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência explicada por desemprego, doença prolongada ou licença legal[9,16].

Fatores como[17] o consumismo, o individualismo, a competitividade e a agressividade do mercado atual de trabalho são algumas das características do mundo capitalista que o trabalhador está inserido e que podem interferir diretamente na sua saúde. Esse ambiente competitivo exige grande esforço físico e psicológico que acabam cansando o trabalhador, que acaba submetendo-se as exigências da instituição com receio de perder o emprego. Seguindo essa perspectiva, a competitivo, a insegurança de emprego e as condições salubres podem afetar a saúde do trabalhador, predispondo-o ao adoecimento e, por consequência, ao absenteísmo.

O absenteísmo dos profissionais de enfermagem merece atenção especial, pois, tanto resultados de pesquisas, como relato de gerentes de serviços indicam altos índices de ocorrência dos mesmos[18].

O absenteísmo na equipe de enfermagem é um problema relevante, considerando-se que a maioria das instituições, inclusive os hospitais, não prevê cobertura para os dias de falta, acarretando na sobrecarga de trabalho para os trabalhadores da enfermagem, fato que pode, inclusive, comprometer a qualidade da assistência prestada à clientela[1,19].

A partir do exposto, torna-se importante a identificação das causas de absenteísmo da equipe de enfermagem, para que assim, melhorias possam ser adotas visando à diminuição dessas taxas.

O objetivo deste estudo é identificar as principais causas de absenteísmo da equipe de enfermagem em suas diversas inserções de campo de trabalho, através de uma revisão da literatura, com artigos científicos publicados entre os anos de 2007 à 2011.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, entendida como o ato de indagar e de buscar informações sobre determinado assunto, através de um levantamento realizado em base de dados nacionais e internacionais, com o objetivo de detectar o que existe de consenso ou de polêmico no estado da arte da literatura[20].

Para que os objetivos fossem alcançados foi efetuada uma busca das publicações na área de saúde através da Biblioteca Virtual em Saúde. Os descritores utilizados na busca nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)

foram "absenteísmo" e "enfermagem". Foram encontradas 690 publicações entre artigos e resumos de artigos. Para a seleção dos artigos foram utilizados com critérios de inclusão: texto completo, idioma português e ser publicado entre os anos de 2007 à 2011. Destes, restaram 18 artigos, sendo que três foram publicados em 2007, seis em 2008, cinco em 2009, dois em 2010 e dois em 2011. Como alguns estavam publicados em mais que um dos bancos de dados, ao final, restaram 13 artigos, que estão publicados nas seguintes fontes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e, Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Após a seleção dos artigos, procedeu-se a leitura do material por inúmeras vezes, com a finalidade de destacar os fatos mais importantes para que o objetivo do trabalho fosse atingido. Em seguida, para facilitar a visualização dos artigos estudados, foram criadas fichas de leitura para agrupar os temas.

3. DESENVOLVIMENTO

Após a leitura dos artigos, percebeu-se que 11 autores (84,61%) utilizaram como tipo de estudo a pesquisa quantitativa, um autor (7,69%) a pesquisa quanti/qualitativa e um autor (7,69%) a revisão bibliográfica. Dos 12 artigos que utilizaram pesquisa de campo, percebeu-se que sete (58,33%) foram realizados no estado de São Paulo, um (8,33%) no estado de Paraná, um (8,33%) no estado do Amazonas, um (8,33%) no estado de Minas Gerais, um (8,33%) no estado de Rondonia e um (8,33%) no estado do Rio de Janeiro.

Os campos de trabalho da enfermagem onde o absenteísmo foi estudado foram: cinco (41,66%) em setores gerais de Hospital Escola, dois (16,66%) em setores de Hospital Geral, um (8,33%) na Rede Básica, um (8,33%) na Pediatria, um (8,33%) na Unidade de Terapia Intensiva, um (8,33%) em Centro Psiquiátrico e um (8,33%) no Pronto Socorro.

Em relação à equipe de enfermagem, os profissionais com maior percentual de absenteísmo foram os do nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem). Autores[1,21] dizem que a menor frequência de afastamentos dos enfermeiros no trabalho pode ser atribuída ao fato de que, ele é o profissional responsável pela equipe de enfermagem e seu cargo requer uma presença mais constante. Contudo, estudos apontam[22,23] que os profissionais de nível médio apresentam maior número de casos de absenteísmo pois eles representam o grande contingente do trabalho hospitalar do panorama nacional de saúde.

O maior número de absenteísmo do trabalho dos profissionais de nível médio[24] pode ser justificado pela natureza do trabalho desenvolvido, visto que são tarefas que exigem maior esforço físico e execução de atividades repetitivas e monótonas.

Houve predomínio de absenteísmo em trabalhadores do sexo feminino. A profissão enfermagem historicamente apresenta perfil predominante do sexo feminino e que a exclusão masculina deve-se em boa parte a fatores culturais que perpetuam até os dias atuais[23].

O absenteísmo predominante entre as mulheres pode ser explicado através da associação entre vinculo empregatício e atividades domésticas[8], fato que pode ocasionar maior desgaste físico e mental e consequentemente, maiores chances de adoecer.

Para a identificação dos principais motivos do absenteísmo, foram utilizados os conceitos de Ausências Não Previstas e Ausências Previstas. De acordo com alguns estudos[10,25], as Ausências Previstas são os dias relativos as folgas (descanso semanal remunerado e feriado não coincidente com domingo) e as férias. As Ausências Não Previstas dizem respeito aos dias relacionados às faltas, licenças e suspensões.

3.1 Ausências Previstas

No que diz respeito às ausências previstas, os principais motivos foram às folgas e as férias. De acordo com estudos[10,26, 27] realizados em diferentes instituições, os resultados obtidos demonstram que as ausências previstas representam o maior percentual de cobertura, destacando-se o índice referente às folgas. Este fato pode estar relacionado à realização de horas extras, visto que, em algumas instituições as horas extras realizadas não são remuneradas e sim, revertidas em folgas[10].

Considerando as ausências previstas, em especial as folgas[28], foram duas vezes maiores que as ausências não previstas e estas, vêm sendo a principal responsável pela problemática da cobertura dos serviços que funcionam 24 horas. Sendo assim, fica clara a importância desse tipo de ausência, já que é o percentual que representa a real necessidade de cobertura para que os serviços possam funcionar 24 horas ininterruptamente.

O quadro de funcionários reduzido na equipe de enfermagem compromete o funcionamento do serviço e atinge diretamente a equipe e os pacientes[10], pois o absenteísmo resulta na sobrecarga de trabalho para a equipe e consequentemente uma assistência de enfermagem deficiente ao paciente.

Outro autor[9] afirma que o adoecimento dos trabalhadores de instituição hospitalar, especialmente aqueles da enfermagem, resulta em consequências diretas na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade da assistência e da resolutividade dos problemas dos usuários do Sistema Único de Saúde.

3.2 Ausências Não Previstas

Ao analisar as ausências não previstas, as principais causas de absenteísmo foram por licença maternidade,

licença INSS, e destaque para licença médica.

Em relação às licenças médicas, os motivos mais relevantes foram às doenças do sistema osteomuscular e as causas psíquicas.

Há evidências em diversos estudos realizados recentemente[24], de maior frequência de doenças osteomusculares, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais nos trabalhadores da enfermagem.

A Organização Mundial da Saúde[29] em relação às doenças oesteomusculares, designou o decênio de 2000 a 2010 como a década do osso e da articulação, devido ao aumento importante de lesões osteomusculares na população mundial. Estima-se que em 2015, estas serão a primeira causa de maior gasto da saúde, visto que, constitui uma das causas mais frequentes de absenteísmo laboral e invalidez permanente.

Faz-se necessário um olhar especial para as licenças médicas[28], pois mostram um percentual expressivo dentro das ausências não previstas.

Estudos evidenciam que o absenteísmo no segmento hospitalar nem sempre tem como causa o trabalhador e sim, a empresa, que falha na organização e supervisão do serviço e permite a repetitividade de tarefas, a desmotivação e o desestímulo, as condições desfavoráveis do ambiente de trabalho e a precária integração entre os empregados[9,15]. A saúde do trabalhador[30], assim como a de toda população, está em completa dependência da qualidade do ambiente e dos modelos de produção em que estes indivíduos se encontram.

Em relação às causas de absenteísmo por licença médica do tipo causas psíquicas, há evidências de que os maiores índices de gravidade e frequência dos afastamentos referentes aos trabalhadores da rede básica de saúde, sejam resultado de forma direta ou indiretamente do sofrimento mental[31]. Os autores trazem como possíveis explicações o trabalho desagregado, trabalho solitário, trabalho assistencial exercido com baixa resolutividade, entre outros.

Autores justificam o alto índice de absenteísmo por licença maternidade através do perfil dos integrantes da equipe de enfermagem[10], definindo-o como um grupo jovem com predominância do sexo feminino.

4. CONCLUSÕES

Os principais achados referentes ao absenteísmo da equipe de enfermagem no que diz respeito às ausências previstas foram às folgas e as férias. Em relação às ausências não previstas os resultados evidenciam licença maternidade, licença INSS e destaque para licença médica, entre elas, por motivo de doenças do sistema osteomuscular e por causas psíquicas.

O perfil dos profissionais com maior percentual de absenteísmo foi profissional de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) com predominância do sexo feminino.

Dos estudos realizados, o maior percentual foi realizado no estado de São Paulo, sendo que 20 estados não foram citados, nem o Distrito Federal.

Uma assistência de enfermagem segura e de qualidade ao paciente depende entre vários outros fatores de um quadro de funcionários completo, pois as ausências resultam em sobrecarga dos demais funcionários, que ao assumir estes pacientes, estarão favorecendo para o desenvolvimento de doenças em futuro próximo. Destaca-se a importância dos gestores estarem atentos para que a cobertura de folgas, férias e licenças seja realizada de forma correta, para garantir a sequência ininterrupta dos serviços de saúde nas 24 horas, pois o quadro de funcionários incompleto interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, uma vez que, os demais profissionais precisam dobrar sua produtividade para dar conta da assistência ofertada à clientela.

REFERÊNCIAS

[1] Costa FM, Vieira MA, Sena RR.. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2009; 62(1):38-44.

[2] Saint-Jean M; Therriault P. Trabalho, estudo e produtividade. **Rev Ter Ocup**. Univ. São Paulo, 2007; 18(1): 11-6.

[3] Marx K. Le capital (Tome I). Paris: **Éditions Sociales**, 1965.

[4] Murofuse NT; Abranches SS; Napoleao AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem** [online], 2005; 13(2):255-61.

[5] Lunardi VL. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho.**Rev Latino-Am Enfermagem** [online], 2007; 15(3): 493-7

[6] Maia MFM. Eficácia das medidas preventivas em saúde ocupacional praticadas pela Universidade Estadual de Montes Claros na biblioteca Prof. Antônio Jorge [dissertação]. Brasília: **Universidade Católica de Brasília**, 2002.

[7] Silva DMPP, Marziale MHP. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde** 2006; 5(supl.):166-72

[8] Inoue CK et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2008; 61(2):209-14.

[9] Becker SG; Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2008; 16(1).

[10] Rogenski EK; Fugulin TMF. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, 2007; 41(4):683-9.

[11] Becker SG. Cuidar de si, cuidando do outro, ampliando a consciência do eu. [dissertação] Porto Alegre (RS): **Escola de Enfermagem/UFRGS**; 2004.

[12] Silva MCM, Sousa RMC. A versão simplificada do therapeutic intervention scoring system e seu valor prognóstico. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2): 217-24.

[13] Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3. Ed. Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**; 1999; p.17

[14] Gehring Junior, Gilson et al.Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev Bras Epidemiol [**online] 2007; 10(3):401-9

[15] Silva DMPP; Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, 2003; 25(2):191-7.

[16] Chiavenato I. Recursos Humanos: edição compacta. 6ªed. São Paulo (SP): **Atlas**; 2000.

[17] Martinato MCNB et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 2010; 31(1):160-6.

[18] Sancinetti TR, et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(2):1277-83.

[19] Belém JHR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm** 1998; 51(4): 697-708.

[20] Bastos MO; Deslandes SF. Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. **Ciencia & Saúde Coletiva**, 2005; 10(2):389-97.

[21] Reis RJ; La Rocca PF. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, 2003; 37(5):616-723.

[22] Mauro MYC, Muzi CD, Guimarães RM, Mauro CCC. Riscos ocupacionais em saúde**. Rev Enferm UERJ**. 2004; 12:338-45.

[23] Magalhães NAC et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011; 19(2): 224-30.

[24] Sancinetti TR et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas.**Rev. Esc. Enferm USP** [online]. 2011; 45(4): 1007-12

[25] Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant, P. (org). Administração de em Enfermagem. São Paulo: **Editora EPU**; 2003; 91-6.

[26] Gaidzinski RR, Sanna MC, Leite MMJ, Mayor ERC. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porte. **Rev Enferm Complexo HC/FMUSP** 1998; 1(4):8-14.

[27] Possari JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico [dissertação]. São Paulo: **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**; 2001.

[28] Campos EC, Juliani CMCM, Palhares VC. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. **Rev Eletr Enf** [internet], 2009; 11(2): 295-302.

[29] Organização Mundial da Saúde (OMS). Década do osso e da articulação: movimento articular, 2000/2010 [texto da internet]. <http://www.reumatorj.com.br/decada.htm>. Acesso em: 20 jun. 2012.

[30] Siqueira LP et al. A reprodução social na saúde do trabalhador: o desenvolvimento de políticas na fruticultura irrigada de Petrolina-PE**. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2011; 35(89):281-91.

[31] Gehring Junior GG et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev Bras Epidemiol**, 2007; 10(3):401-9.

.

Vol.2,n.1,pp.36-40 (Mar-Mai 2013) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR

TRAQUEOSTOMIA – TÉCNICAS E INDICAÇÕES NA PRÁTICA CIRÚRGICA MODERNA

TRACHEOSTOMY - TECHNIQUES AND INDICATIONS IN MODERN SURGICAL PRACTICE

Claudio Ricardo Capela **BOGDAN**[1*], Marcos Aparecido Jardim **GAZIM**[2], Ramon Rocha **NASCIMENTO**[2]

1. Professor Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular com atuação em Cirurgia Endovascular, Docente do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá; **2.** Aluno do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá.

* Avenida Cidade de Leiria, 445, Zona 1, Maringá, Paraná, Brasil, CEP 87013-280. claudiobogdan@gmail.com

Recebido em 17/02/2013. **Aceito** para publicação em 28/02/2013

RESUMO

Na atualidade, tem-se descrito muitos estudos relacionados com o procedimento de traqueostomia na infância, deixando sugestionado o procedimento em adultos. Devido a este fator, vimos que seria de grande valor revisar a bibliografia dos últimos dez anos de estudos, relacionados ao procedimento na prática cirúrgica. Nosso objetivo é o de definir a técnica cirúrgica, suas indicações eletivas e emergenciais de abordagem bem como suas complicações. Concluímos que a técnica apesar de, teoricamente, parecer simples, não é, tendo suas indicações e complicações evidenciadas na prática cirúrgica, quando não realizadas de forma correta e no momento adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Traqueostomia, técnicas cirúrgicas, indicações e complicações.

ABSTRACT

At present, it has been described many studies related to the procedure of tracheostomy in infancy, suggesting the procedure in adults. Due to this factor, we would be of great value to review the literature about the studies related to this procedure and surgical practice in the last ten years. Our aim is to define the the surgical technique, its elective causes and indications in emergency approach, and its complications. In conclusion, the technique although theoretically easy, it is not, having indications and complications in surgical practice evidenced when not performed correctly and at the appropriate time.

KEYWORDS: Tracheostomy, surgical techniques, indications and complications.

1. INTRODUÇÃO

A traqueostomia tem se convertido em uma das técnicas mais realizadas nas unidades de cuidados intensivos. Este fato insere o procedimento nas práticas médicas, em face das suas teóricas vantagens: aumento da comodidade do paciente, diminuição do espaço morto, melhoria da higiene brônquica e diminuição no requerimento de sedação. Os estudos comparativos mostram que a realização de uma traqueostomia frente à intubação translaríngea, poderia relacionar-se com uma menor mortalidade, mas não melhora outras variáveis, como o tempo de permanência hospitalar e a mortalidade no mesmo[1]. Neste contexto é de suma importância entender e se aprofundar um pouco mais neste tema tão relevante para a prática cirúrgica, visando que o acadêmico de medicina e/ ou o médico possam eleger o procedimento com suas reais indicações.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados estudos que abordassem a temática da indicação de realização de traqueostomia publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nos bancos de EBSCO, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. Os descritores utilizados na busca nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: *Traqueostomia, técnicas cirúrgicas, indicações* e *complicações*, utilizados como palavras-chave. Foram relacionados 27 títulos. Como alguns artigos estavam publicados em mais que um dos bancos de dados, ao final, restaram, dos quais 12 artigos que foram utilizados para fundamentar o presente trabalho.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Histórico e nomenclatura

Segundo VINHÁES (2003)[2], a palavra "traqueia" vem do grego *trakheia artéria*, que significa "artéria rugosa". Essa denominação chamava a atenção para o aspecto rugoso das paredes do órgão, que o distinguia das outras "artérias", de paredes lisas e função diferente.

No termo "traqueostomia", utilizado para designar o procedimento cirúrgico que estabelece uma comunicação temporária ou definitiva entre a traqueia e o exterior, o sufixo *stoma* significa boca[3], e *tomus* significa corte, separação.

A traqueostomia foi a primeira cirurgia realizada na traqueia, há mais de dois mil anos. Os médicos gregos foram os primeiros a realizá-la e, já no ano 100 a. C., Asclepíades afirmava que a traqueostomia era uma cirurgia há algum tempo realizada. Galeno e Arataeus, no segundo e terceiro século da era cristã, também realizaram este tipo de cirurgia[2].

De acordo com JUNIOR *et al.* (2009)[4], a primeira descrição de uma traqueostomia com sucesso foi relatada no ano de 1546, por Antônio Musa Brasavola. Consta que cerca de 28 traqueostomias foram realizadas no ano de 1825[5]. Em 1833, Trosseau relatou que 50 das 200 crianças acometidas por difteria na França foram traqueostomizadas com sucesso.

A primeira ilustração e descrição detalhada da técnica da traqueostomia encontram-se em um livro de Julius Casserius, de 1627, que relata a utilização da cânula metálica, curva e multiperfurada, com aletas na extremidade exterior, para prevenir a migração da cânula para o interior da traqueia[4].

Em 1990, nos Estados Unidos, Chevalier Jackson descrevia esse procedimento cirúrgico numa época em que a traqueostomia era usada quase que apenas nas obstruções respiratórias altas. Somente em 1943, a traqueostomia foi utilizada por Galloway no tratamento de retenção de secreções em pacientes portadores de poliomielite bulbar[5].

3.2 Indicações

A traqueostomia é indicada em situações agudas, para desobstruir a via aérea em situações de urgência, quase sempre para aliviar ocorrência de asfixia. Sabe-se que a obstrução ventilatória espontânea total ou parcial pode provocar dano cerebral irreversível e parada cardíaca, a menos que se proceda a uma desobstrução imediata da via aérea. Inicialmente, a dispneia leva à agitação psicomotora e posteriormente a prostração, cianose a arritmia cardíaca, sintomas esses que precedem uma parada cardiorrespiratória em curto intervalo de tempo. Cornagem e disfonia associadas à obstrução alta e tiragem da musculatura intercostal são indícios de esforço respiratório[4].

Conforme GOFFI (2007)[6], a traqueostomia estaria indicada em: obstruções respiratórias altas, laríngeas ou acima, causada por tumor, excessivo acúmulo de exsudatos, corpos estranhos, processo inflamatório agudo, processos infecciosos e traumatismos cervicais e faciais. Na insuficiência respiratória prolongada, que leva a intubação orotraqueal com duração de muitos dias, resultando em dificuldade ventilatória devido ao acúmulo de secreções. No tempo prévio ou complementar a outras cirurgias, destacando-se as laringectomias, glossectomias amplas, ressecção de tumores de soalho de boca e cirurgias bucomaxilofaciais externas e cirurgia de glândula tireoide, quando houver lesão inadvertida e bilateral dos nervos laríngeos recorrentes ou colapso da traqueia após a retirada do bócio. Para THOWNSEND (2002)[7], a traqueostomia estaria indicada no tratamento de pacientes que requerem intubação prolongada, ventilação, higiene pulmonar e aqueles com deficiência de vários nervos cranianos e outras deficiências neurológicas que prejudicam os reflexos protetores da via aérea.

De uma forma geral, as traqueostomias estão indicadas em três grandes grupos: desobstrução de via aérea (aguda ou crônica), permitir uma ventilação mecânica assistida e toalete pulmonar. Desta maneira, existem situações em que as traqueostomias são procedimentos amplamente realizados.

Para facilitar o entendimento, algumas literaturas dividem as indicações de traqueostomia em dois grupos: o de emergência e o eletivo.

As traqueostomias de emergência só deveram ser indicadas para aqueles pacientes portadores de obstrução das vias aéreas superiores.

A indicação de traqueostomia urgente, em outra circunstância que não a obstrução das vias aéreas superiores, deve ser transformada em indicação eletiva, através da intubação, conduta plenamente justificável, se nos atentar para o fato de que o paciente com indicação de traqueostomia frequentemente está em insuficiência respiratória, cujo denominador comum é a hipóxia, que se manifesta clinicamente pela agitação[2].

Fica fácil compreender e imaginar os diversos tipos de problemas encontrados em traqueostomizar um paciente agitado, frequentemente com más condições de iluminação e material adequado. As complicações decorrentes de um ato cirúrgico realizado em tal situação são fartamente relatadas na literatura. Recomenda-se, portanto, que nessas circunstâncias, seja o paciente intubado, aspirado e ventilado.

Estaremos, então, diante de um paciente com indicação de traqueostomia eletiva, que, eventualmente, poderá ser transportado ao centro cirúrgico, onde, com todos os cuidados de assepsia, antissepsia, boas condições de iluminação e material adequado, poderá ser submetido, sem pressa, a uma traqueostomia com todo o rigor da técnica.

3.2.1 Indicações de traqueostomia de urgência

A seguir, serão descritas, as principais situações em que a traqueostomia de urgência estará indicada:

-Trauma: está indicada no traumatismo grave dos segmentos cervical, cefálico e torácico, em múltiplas

fraturas de arcos costais e enfisema subcutâneo difuso. Nos traumas maxilofaciais graves com ou sem fratura. Também nos traumatismos de laringe e da região cervical, com hematoma em expansão. Na presença de embolia gasosa ou gordurosa, principalmente nas fraturas de colo de fêmur. Nas queimaduras da região da cabeça e do pescoço, que levam ao edema generalizado com obstrução aguda das vias aéreas, além do quadro de intoxicação por monóxido de carbono, que proporciona o rebaixamento do nível de consciência[4];

-Aspiração de corpos estranhos;

-Causas infecciosas, inflamatórias e alérgicas: no passado, as principais causas infeccionas para indicar a traqueostomia eram a difteria e a poliomielite, que assolavam a Europa. Atualmente, temos as meningoencefalites que, além de levar a deterioração neurológica, podem provocar choque séptico e falência múltipla dos órgãos; epiglotites; laringites virais e alérgicas; edema de Reinke; intoxicações por drogas ou venenos; picadas de animais peçonhentos, levando a um quadro anafilático. O tétano é uma doença causada pelo bacilo tetânico e sua toxina tem um tropismo pelos nervos, provocando uma contração espasmódica excessiva aos mínimos estímulos, além do trismo importante observado, impedindo a intubação orotraqueal[1];

-Doenças Neurológicas: algumas doenças neurológicas podem levar o paciente a necessitar de traqueostomia, como a síndrome de Guillain-Barret (polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda) que leva a paralisia da musculatura respiratória; a miastenia grave, esclerose múltipla progressiva, distúrbios neuromusculares, esclerose múltipla progressiva, esclerose lateral amiotrófica. Tumores do sistema nervoso central (craniofaringioma, meningioma etc), situações que vão levar a paralisia ou descoordenação de movimentos musculares, torpor e coma, estando assim indicada a traqueostomia[3];

-Anomalias congênitas;

-Edema de glote;

-Disfunção da Laringe;

-Neoplasias de cabeça e pescoço: as traqueostomias estão indicadas em paciente com volumoso tumor na via aérea superior, obstruindo a passagem do ar aos pulmões, como tumores de orofaringe, laringe e traqueia, massas que comprimem a via respiratória como os tumores de esôfago, linfoma de região cervical e que também podem provocar paralisia do vago ou nervo laríngeo recorrente, colaborando com a dispneia. Grandes tumores de tireoide (bócio volumoso, carcinomas) podem provocar compressão e fechamento glótico por paralisia do nervo laríngeo recorrente[4].

3.2.1 Indicações de traqueostomia eletiva

Seguindo a literatura, serão descritas, as principais situações em que a traqueostomia eletiva estará indicada, nas circunstâncias que se seguem.

-Retenção de secreções: quando o paciente não tem condições de toalete brônquica adequada, por depressão do reflexo de tosse ou por impossibilidade mecânica de tossir, a traqueostomia é utilizada, com a finalidade de manter a via aérea livre de secreções que possam dificultar a respiração[2];

-Traumatismos torácicos: nos pacientes com traumatismo do tórax, a traqueostomia está indicada para diminuir o esforço respiratório, tirando do circuito da respiração a resistência oferecida pelas vias aéreas superiores à passagem do ar. A diminuição do esforço respiratório faz com que haja diminuição do balanço do gradil costal. Esses pacientes também tem dificuldade para eliminar secreções, enquadrando-se em dupla indicação de traqueostomia. Em expressivos enfisemas do mediastino e, consequentemente, do pescoço, desde que descartadas as possibilidades de pneumotórax e de rotura brônquica, a traqueostomia tem a finalidade de diminuir as pressões intrabrônquicas. Essa diminuição de pressão ocorre porque a traqueostomia tira do circuito respiratório a resistência oferecida pelas vias aéreas superiores ou, pelo menos, evita os aumentos súbitos de pressão intrabrônquicas, por supressão do mecanismo da glote, impedindo a tosse e a fala, e diminuindo, consequentemente, o escape de gás para o mediastino[9].

3.3 Avaliação pré-operatória

TOWNSEND (2010)[7], relata que a avaliação pré-cirúrgica deve incluir história de traqueostomia ou cirurgia cervical prévia, doença laríngea, problemas de sangramento, ou lesões de coluna cervical.

GOFFI (2007)[6] afirma que, a traqueostomia é uma operação de fácil execução, mas que não pode ser subestimada. As condições para realiza-la devem ser ideais, isto é: material adequado, equipe cirúrgica treinada, paciente com anestesia geral ou local em ambiente cirúrgico.

3.4 Técnica cirúrgica

A posição do doente na mesa cirúrgica. Obedece a certas regras: decúbito dorsal horizontal, com coxim sob os ombros para discreta hiperextensão do pescoço. Deve-se evitar a cirurgia à beira do leito. A posição do cirurgião e assistente deve ser à direita do paciente e o último em frente ao cirurgião[6].

JUNIOR *et al.* (2009)[4] afirma que o paciente deve ser colocado em uma posição supina com um coxim sob os ombros e com o pescoço hiperextendido. A sonda nasogástica, quando houver, deve ser removida para evitar falsa identificação da traqueia. A cartilagem cricóide e a fúrcula esternal são palpadas e marcadas. É realizada uma incisão. É realizada uma incisão na pele

entre esses dois pontos de referência após infiltração com anestésico local, xilocaína com adrenalina na diluição de 1:200.000. GOFFI (2007)[6], relata a eleição de anestesia local por infiltração, empregando-se a lidocaína a 2% em dose de 5 a 7mg/ kg. Em casos de crianças ou pacientes agitados a anestesia geral, sempre que possível, supera a anestesia local. Um tubo de traqueostomia apropriado é selecionado. Se uma cânula com *cuff* for selecionada, a integridade do *cuff* deve ser testada previamente. Cânulas de traqueostomias em crianças possuem diferentes diâmetros e comprimentos, e geralmente tem uma simples cânula com um obturador (mandril).

Uma incisão horizontal na pele, com uma lâmina número 15 até o plano subplastimal, é realizada. A hemostasia é feita com bisturi eletrônico. Disseca-se o tecido celular subcutâneo e fáscia superficial, atingindo-se a rafe mediana, afastando os músculos por meio de Farabeufs. Dissecação meticulosa da linha média evita lesões do nervo laríngeo recorrente, vasos jugulocarotídeos, esôfago e cúpula pleural. Com a traqueia exposta, uma incisão *vertical* (menor índice de estenose traqueal) é preferida em relação à horizontal e é realizada entre o 2° e 3° ou 3° e 4° anéis traqueais, mais alta para não atingir a pleura, ocasionando pneumotórax[4,10].

COELHO (2009)[9], relata uma incisão cutânea transversa de 3 a 5 cm é feita 1,5 cm acima da fúrcula esternal. O istmo da tireoide, muitas vezes, precisa ser seccionado para permitir a colocação do tubo através do segmento e do terceiro anéis traqueais. O tubo de traqueostomia não deve ser colocado através da cartilagem cricóide ou do primeiro anel traqueal, nem justaposto a eles, porque levam a escaras locais e a potencial estenose subglótica.

GOFFI (2007)[6], afirma que a incisão deve ser feita em colar, localizada no meio da distância entre a cartilagem cricóide e a fúrcula esternal, numa extensão de 3 a 4 cm, com abertura da pele e tela subcutânea. A hemostasia deve ser rigorosa, tomando-se cuidado com as veias jugulares anteriores.

Pacientes jovens e com o pescoço naturalmente muito flexível têm a traqueia torácica hiperexposta, levando à realização da incisão no 5°, 6° ou 7° anéis traqueais, aumentando o risco de fístula com a artéria inominada, uma complicação rara, mas muitas vezes fatal. Estão descritas muitas técnicas de secção traqueal, das quais uma das mais utilizadas é a incisão longitudinal do segundo e do terceiro anéis traqueais seguida da incisão transversa do terço anterior entre o primeiro e o segundo anéis traqueais (em forma de T)[9].

Se for necessário, para melhor adequação para a passagem da cânula, uma pequena incisão horizontal inferior (em "T" invertido), poderá ser realizada. Um fio de reparo é feito de cada lado da incisão vertical, ou em uma das bordas, caso seja feita uma incisão horizontal. No momento da incisão, o anestesista é orientado a diminuir o fluxo de oxigênio para evitar explosões com o uso do eletrocautério. O tubo endotraqueal é tracionado até acima da incisão traqueal e mantido nessa posição até que a aspiração seja feita e finalizada a colocação do tubo de traqueostomia, pois, em caso de dificuldade durante tais manobras, pode haver necessidade de reinserção do tubo endotraqueal para garantir a ventilação. O balonete é insuflado apenas o suficiente para garantir a oclusão da luz traqueal, evitando o escape de ar ao redor do tubo[8]. O mandril então é retirado e o sistema de ventilação é então fixado a cânula. A cânula é fixada por meio de cadarço, protetores de silicone ou fixada com pontos à pele[11].

Cuidados são realizados com relação aos pontos de reparo, uma vez que eles facilitam a troca da cânula nos casos de decanulação acidental no pós-operatório precoce4.

Não se recomenda fechar a pele após a traqueostomia, porque isso facilita o surgimento de enfisema subcutâneo e a retenção de secreção abaixo da pele[4].

3.4.1 Instrumentos necessários

Caixa básica contendo pinças Halsted, Kelly, pinças de dissecção tipo Adson Braun e dente de rato de tamanho médio; tesoura de Metzembaum média e delicada, pinça de Allis, afastadores de Farabelf médios e delicados, cânula de traqueostomia metálica ou plástica (Portex®, Shiley®). Testar o *cuff* da cânula previamente. Pomada anestésica, cabo de bisturi, lâmina número 15, bisturi elétrico (monopolar e bipolar) e o aspirador devem estar à disposição, assim como o foco de luz e/ ou foco frontal. Fios de algodão 2.0 e 3.0 caso haja necessidade de ligadura de vasos. Fio de prolene 2.0 e mononylon 4.0[4].

3.5 Cuidados pós-cirúrgicos e complicações

UTIYANA (2012)[12] afirma que, a aspiração traqueal imediata deve sempre ser realizada ao fim da traqueostomia. A fixação da cânula deve ser bem feita, com cadarços limpos ou colares ou cintas especialmente desenhados para isso. Esta é feita em combinação com um curativo, este com intuito de cobrir a incisão enquanto não epiteliza e diminuir a chance de desenvolvimento de infecções. Após o procedimento cirúrgico, a realização da radiografia do tórax se impõe após a traqueostomia. Ela permite avaliar se a cânula foi corretamente locada.

TOWNSEND (2010)[7] relata que, as complicações perioperatórias da traqueostomia incluem sangramento, aspiração, pneumotórax e pneumomediastino, lesão do nervo laríngeo recorrente, e hipóxia. Os problemas em longo prazo incluem formação de tecido de granulação na pele e na traqueia, colapso da cartilagem traqueal e obstrução das vias aéreas, além de fistulas arteriais tra-

queoinominada e traqueoesofágica.

COELHO (2009)[9] descreve que, as complicações e a mortalidade da traqueostomia são de 6% e 1%, respectivamente. As complicações imediatas, como colocação incorreta do tubo, lesões de estruturas vizinhas e hipóxia durante o procedimento, podem ser eliminadas com a obtenção da via aérea bem controlada por um tubo endotraqueal ou pelo broncoscópio rígido. O sangramento é a complicação mais frequente, embora as hemorragias importantes sejam raras e decorram de problemas de técnica operatória. A falta de exposição traqueal no momento da colocação do tubo pode levar à laceração da traqueia ou da parede membranácea posterior com estabelecimento de fístula esofagotraqueal. Do mesmo modo, a dificuldade durante a inserção do tubo traqueal pode ocasionar a sua colocação no espaço pré-traqueal, ocasionando pneumomediastino ou pneumotórax. As complicações graves ocorrem em menos de 1% dos pacientes, mas leva à contaminação e à dificuldade nutricional. Enquanto o paciente for mantido no respirador, o balonete do tubo traqueal deve ser posicionado abaixo da fístula, prevenindo a continuada contaminação traqueobrônquica, ao mesmo tempo em que a descompressão é promovida pela gastrostomia. Tais fístulas não se fecham espontaneamente e terão correção cirúrgica tão logo as condições clínicas permitirem.

4. CONCLUSÕES

De acordo com os trabalhos consultados, foi observada que a técnica de traqueostomia é de bastante utilidade na prática clínica/ cirúrgica. Entretanto, o procedimento apenas será totalmente eficaz quando este for indicado adequadamente.

Apesar de a cricotireostomia ser a técnica preferível como método de estabelecer uma via aérea emergencial com menor incidência imediata de complicações e facilidade de procedimento, a traqueostomia continua sendo tanto um procedimento utilizado em situações de emergência, especialmente quando há lesão traumática de laringe, quanto um procedimento de escolha para situações onde se deseja uma cirurgia eletiva.

Condições de ventilação artificial e prolongada por grande período de tempo requer a realização traqueostomia para prevenir estenose subglótica ou disfunção laríngea. Entretanto, há controvérsias sobre quando substituir o tubo orotraqueal pela traqueostomia; normalmente o tempo em torno de duas semanas de intubação é o mais aceito na indicação da traqueostomia[6].

REFERÊNCIAS

[1] Jaerge JM, Littlewood KA, Durbin JR CG. The role of tracheostomy in weaning of mechanical ventilation. Resp. Care 2002; 47:469-480.

[2] Vinhaés JC. Clínica e Terapêutica Cirúrgicas. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

[3] Robbins e Cotran. Patologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

[4] Júnior RS, Salles RARV, Carvalho WR, Maia AM. Tratado de cirurgia do CBC. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

[5] Goodall EW. The story of the tracheotomy. Br J Child Dis 1934; 31: 167-253.

[6] Goffi FC. Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiológicas e técnicas cirúrgicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

[7] Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattos KL. Tratado de cirurgia: a base fisiológica da prática cirúrgica moderna. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

[8] Cooper JD et al. Complications of tracheostomy: pathogenesis, treatment, and prevention. In: Grillo HC et al. International trends in general thoracic surgery, vol.2. Maor challenges. W. B. Saunders Company, 1987.

[9] Coelho JCU. Manual de clínica cirúrgica: cirurgia geral e especialidade. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

[10] Netter FH. Atlas de anatomia. 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

[11] Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Manual de Rotinas e Residência Médica. 1 ed. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; p.35-36, 2002.

[12] Utiyama EM, Rasslan S, Birolini D. Procedimentos básicos em cirurgia. 2. ed. São Paulo: Manole, 201.