

REVISTA FERIDAS



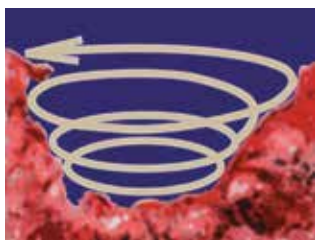
Entrevista

Conhecendo melhor a
Trombose Profunda com
o Dr. Rogerio Adbo Nesor,
Cirurgião Vascular

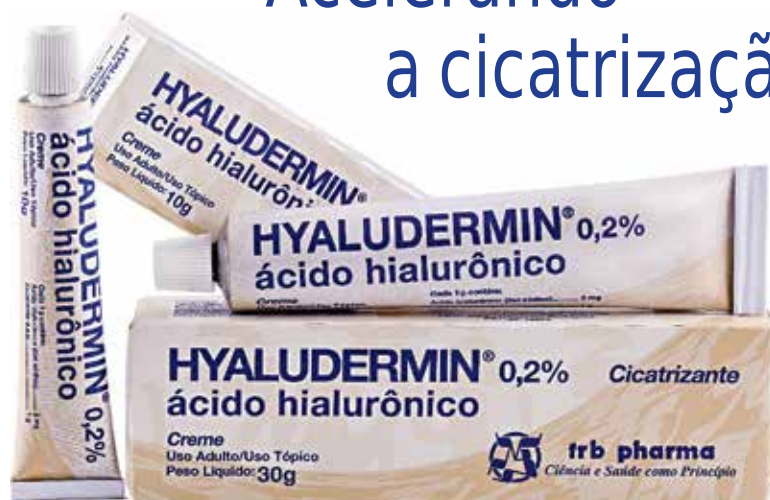
R\$ 26,00
REVISTA FERIDAS
ISSN 2318-7336



NAS FERIDAS



Acelerando a cicatrização



Desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹ (inflamatória, proliferativa e remodeladora), acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - *Creme*. **INDICAÇÕES:** Hyaludermin® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g.

Reg. MS nº 1.0341.0053 - *VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA*

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

Referência Bibliográfica: 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

SAC SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR
0800-105588
SAC@TRBPHARMA.COM.BR

REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Leticia Leivas Munir - MTB 064181

(jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos

(maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima

WEBMASTER

Leonardo Faganello

EVENTOS

Camila R. S. Monteiro

ATENDIMENTO GERAL

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

(11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

CONSELHO CIENTÍFICO REVISTA FERIDAS

DRª AÍDA CARLA SANTANA DE MELO COSTA: Universidade Tiradentes, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde | Campus 2 - Ciências Biológicas e da Saúde | Fisioterapeuta / Mestre em Ciências da Saúde / Doutoranda em Ciências da Saúde. **DRª AYLTON CHEROTO FILHO:** Hospital das Clínicas da FMUSP | Formação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo | Residência Médica em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica pelo HC-FMUSP | Mestrado em Cirurgia Plástica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **CARLA CRISTINA ARAÚJO:** Fisioterapeuta Mestre em Biológicas (Fisiologia) pelo Instituto de Física Carlos Chagas Filho (UFRRJ). Doutoranda em Ciências Biológicas, pelo Instituto de Ciência Básica da Saúde (UFRS). Colaboradora do laboratório de Investigação Pulmonar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da sociedade Americana Torácica e da Sociedade Brasileira de Fisiologia. **DANIELE VIEIRA DANTAS:** Enfermeira e administrativa (UFRN). Doutora e Mestre em enfermagem/UFRN. Professora adjunta do Departamento de enfermagem/UFRN e membro do grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de enfermagem/UFRN. **DAVID DE SOUZA GOMES:** Médico. Diretor técnico de Serviço de Saúde da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico responsável pelo Serviço de Queimaduras. Professor titular de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro. Professor da Faculdade de Medicina de São Paulo e Médico do Hospital Escola Wladimir Arruda. **FRANCISCO LOPES:** Médico. Membro especialista e titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBPCP). Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Preceptor dos Serviços de Cirurgia Plástica e do grupo de Prevenção e Tratamento de feridas do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre. **GERALDO MAGELA SALOMÉ:** Médico. Cirurgião Plástico Pós Doutorado e doutor em cirurgia plástica. Universidade Federal de São Paulo. Docente do curso de Mestrado Profissional Ciências Aplicadas à saúde da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS, Pouso Alegre/MG). **GILSON DE VASCONCELOS TORRES:** Enfermeiro. Pós Doutor em enfermagem (Evora/Portugal). Doutor em enfermagem (EERP/USP). **DRª JOSÉ ADORNO:** Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica | Graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1986) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. **DRª JOSÉ MARIA PEREIRA DE GODOY:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem | Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. **DRª KLEDER GOMES DE ALMEIDA:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Departamento de Morfofisiologia | Graduação em Medicina pela Universidade Serra dos Orgãos, Mestrado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo e Doutorado pela UFMS. **LUCIANA FRUTUOSO DE OLIVEIRA:** Enfermeira. Mestre em Saúde, Ambiente e trabalho ênfase em Epidemiologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA). **LUÍZA WILMA SANTANA DA SILVA:** Enfermeira. Pós doutora em Enfermagem (UFSC), com período de estudos em Londres e Inglaterra. Professora Titular do UESB (Jequié/BA). Docente colaboradora do programa de Pós – Graduação em enfermagem/UFBA. Coordenadora do Projeto de Extensão. **MARCOS BARRETO:** Médico. Coordenador do Centro de Tratamento de Queimaduras do Hospital da Restauração. **DRª MARIA DE FÁTIMA GUERREIRO GODOY:** Professora Convidada da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto | Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Metodista de Piracicaba Mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Pós Doutorado Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/CAPES. **MARINA DE GÓES SALVETTI:** Enfermeira. Pós Doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte com bolsa CAPES. Doutora em Ciência pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (2010). Realizou o programa “Internacional Nursing PhD e doutorado “sanduíche” com bolsas CAPES na Bloomberg Faculty of Nursing (University of Toronto) Professora do Departamento de Enfermagem Médico – Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP. **DRª MARCELO FERNANDO MATELO:** Hospital do Servidor Público Estadual, Cirurgia Vascular | Doutorado pela FMUSP | Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, doutorado em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade de São Paulo. **PROFª MA. SANDRA MARINA GONÇALVES BEZERRA:** Especialista em Estomatoterapia (UNITAU) | Mestre em Enfermagem (UFPI) | Doutoranda em Enfermagem (UFPI) | Diretora Geral Hospital Promorar (FHT) | Professor Assistente I (UESPI). **DRª PAULO JORGE ALVES:** A Universidade Católica Portuguesa (UCP) | Doutoramento em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. **DRª ROBERTA AZOUBEL:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem | Doutorado em Ciência da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Ciência da Saúde (UFRN) área de concentração úlcera venosa. **ROSEANNE MONTARGIL ROCHA:** Enfermeira. Pós-Doutorado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (2015). Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Plena da Universidade Estadual da Santa Cruz e Coordenadora Operacional do DINTER Em Enfermagem EERP/USP/UFMA/UESC. **DRª RUTIE NE MARIA GIFFONI ROCHA DE MESQUITA:** Universidade Federal de Roraima, Centro de Ciências da Saúde | Graduação em Medicina pela UFBA. **DRª SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR:** Professor Adjunto na Universidade Anhanguera de São Paulo nos cursos de Graduação e pós graduação em Saúde | Doutorado Acadêmico em Biotecnologia em Saúde, Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal, Especialista em Urgência e Emergência, Graduação em Enfermagem. **THAIZA TEIXEIRA XAVIER NOBRE:** Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Adjunta II FACISA/ UFRN. Chefe do Laboratório de Anatomia Humana da FACISA/UFRN. Líder do grupo de pesquisa. Grupo Interdisciplinar de Estudos em Ciência, Saúde e Sociedade. Docente da residência multiprofissional da área de Fisioterapia materno-infantil.

A edição brasileira da Revista Feridas criada em maio/junho de 2013, atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área de Cirurgia Plástica, Infectologista, Vascular, enfermeiros, fisioterapeutas, podóloga e nutricionistas. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos. www.revistaferidas.com.br

Periodicidade: bimestral | **Tiragem:** 15.000 exemplares | **Impresso no Brasil por:** Brasilform Ltda | **ano 04 | RS340,00**

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A revista Feridas enviará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

A Revista Feridas é uma publicação brasileira, com periodicidade bimestral, destinada à divulgação de conhecimento científico da Saúde, voltada ao grupo multidisciplinar formado por médicos de todas as especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentistas, psicólogos e tantos outros profissionais da área, e que tem como finalidade contribuir para a construção do saber desses profissionais. **Periodicidade:** bimestral. **Tiragem:** 20 mil exemplares.



www.facebook.com/revistaferidas



Edição 20

Ano 2016

Mês Setembro/Octubre 2016

Sumário

679 Editorial

681 Notícias

685 Entrevista

Artigos

688 Índice do custo do tratamento das úlceras por pressão em pacientes assistidos no domicílio
Contents of the cost of treatment of pressure ulcers in patients assisted at home
Contenido de la costo del tratamiento de las úlceras por presión en pacientes atendidos en inicio
Andrea Coelho Neves; Rachel Mola; Luciana Andrade Mendonça Machado e Coelho

695 Saberes e práticas de acompanhantes e cuidadores sobre prevenção de lesões de pele
Knowledge and practices of companions and caregivers on skin injury prevention
Conocimientos y prácticas para compañeros y cuidadores de prevención de lesiones de la piel
Rachel Mola; Ana Carolina Rodarti Pitangui; Leide Daiane Torres de Souza; Ana Kariny Costa Araújo;
Gessyka Mayara Soares Gomes; Layanna Dryelle da Silva Vasconcelos

705 Uso de creme contendo ácido hialurônico 0,2% na cicatrização de lesão cutânea: relato de experiência
Use of cream containing hyaluronic acid 0.2% In the healing of injury skin: experience report
Uso de crema que contiene ácido hialurónico al 0,2% en la curación de lesión en la piel: relato de experiencia
Valéria Aparecida Masson; Virginia Volpato; Natália Gonçalves; Pedro Gonçalves de Oliveira; João Cezar Castilho

711 Uma revisão dos curativos contendo prata para o tratamento de feridas
A review of dressings containing silver for the treatment of wounds
Una revisión de los apósitos que contienen plata para el tratamiento de las heridas
Marcelo Monteiro Mendes; Anderson Alves de Araújo de Lemos

Tratamento de feridas: alguns desafios

O tratamento de feridas no Brasil está em franca evolução nos últimos anos. Ainda não sabemos com precisão o custo do tratamento das feridas em nosso país. Não há informações suficientes para traçarmos metas terapêuticas baseado em custo benefício. Por exemplo, uma úlcera vascular de origem venosa em metros inferiores. Sabemos ser de resolução difícil, mas não somos capazes quanto o nosso país gasta com essa ferida, especificamente para fechá-la. Muito menos temos avaliações de tempo para a sua cicatrização, qualidade de vida enquanto não resolvida e impacto psicossocial, impacto econômico e muito menos comparado ao Método A x Método B.

Entendo que método de coletas de dados de várias feridas espalhadas pelas nossas instituições públicas, sejam ambulatórios em nível hospitalar ou centros de atenção básica de saúde, é uma ação importante. Reuni-los em uma estatística local, regional ou nacional.

Como conhecer os perfis epidemiológico de cada serviço. Que nível de resolução teremos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)? Que característica é importante e que profissionais irão compor os grupos multidisciplinares de tratamento de feridas? Como implantar as rotinas e escolher as armas terapêuticas com as especificida-

des conhecidas?

As escolhas de coberturas e métodos de tratamento é outro passo que requer conhecimento técnico-científico. Fechar uma ferida pode envolver desde uma gaze vaselinada a cultura de células, passando por curativos de pratas dos mais diferentes tipos de valores, técnicas elaboradas de cirurgia plástica como retalho locais ou microcirurgias, alcançando mesmo terapias celulares avançadas como cultura de células e tecidos, especialmente com o aumento da complexidade das feridas. O conhecimento permeia e exige a participação de vários profissionais. É multiprofissional em sua formação e transversal em ação. Informação baseada em evidências sobre os produtos utilizados, custo e eficiência é essencial. Grupos de estudos ou oficinas de treinamento devem envolver toda a equipe.

Na escolha da terapia adequada as decisões individuais devem ser evitadas. Decisões com discussão interdisciplinar incentivadas. E mais ainda, incluindo o próprio paciente, especialmente certificando-se dos problemas identificados por ele (dor, incomodo, expectativa e etc) e esclarecendo-o sobre riscos, benefícios, expectativas para o tratamento e efeitos adversos envolvidos. O paciente e familiares devem ser esclarecidos sobre o tratamento. Enredá-lo nos cuidados e observações.



Dr. José Adorno

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica | Graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1986) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.

“ Ainda não sabemos com precisão o custo do tratamento das feridas em nosso país. Não há informações suficientes para traçarmos metas terapêuticas baseado em custo benefício ”

“

A falta de cultura no trabalho em equipe que prejudica enormemente o trabalho das feridas e cronificá-las por ambulatórios unidades de saúde

”



Enfim, todas essas questões talvez sejam parte das dúvidas que temos em muitas unidades de saúde de nosso país. A falta de cultura no trabalho em equipe que prejudica enormemente o trabalho das feridas e cronificá-las por ambulatórios unidades de saúde.

Tornando, especialmente, o paciente das feridas crônicas como “persona non grata”. Isso significa cuidado inadequado e desassistência, ou assistência

inadequada, não resolutive.

Após planejar uma terapia e escolher o método deve ter uma meta terapêutica. Em quanto tempo espera resolver o problema? O custo envolvido está atrelado ao seu benefício? É possível resolver de maneira eficaz por outro método? Enfim, enumerada essas questões o monitoramento dos resultados, sempre ouvindo o paciente e incluindo-o nas decisões.

Portanto, temos uma longa estrada pela frente. Periódicos que nos trazem essa luz e ajuda a construir esta cultura, este reconhecimento, é sempre importante. E ainda sirva de espaço de discussão no tratamento de feridas em nosso país, preocupando-se essencialmente em melhorar a assistência e o cuidado ao nosso paciente, este deve ser o propósito. ■

Tenham todos uma boa leitura!

AGENDA

OUTUBRO

13 a 15

XIV Congresso Brasileiro de Flebologia e Linfologia

Sheraton WTC Hotel São Paulo

www.abfl.com.br/congresso

20 a 22

IV Simpósio Carioca de Feridas - I Jornada de Queimaduras

Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Rio de Janeiro

feridasequeimaduras.com.br

IV Simpósio Carioca de Feridas e o I Encontro de Queimaduras



MENSAGEM DO PRESIDENTE

Prezados Parceiros e Convidados,

A Comissão Organizadora do IV Simpósio Carioca de Feridas e o I Encontro de Queimaduras abordará um tema que requer discussão e debate entre os profissionais da área de saúde “As Práticas clínicas Baseadas em Evidências sobre prevenção e tratamento de feridas”.

As práticas clínicas baseadas em evidências na prevenção e tratamento das feridas tem o objetivo de planejar e implementar cuidados que integrem a melhor evidência científica.

O domínio das técnicas e tecnologias, que possibilitam o levantamento de informações voltadas à resolução de problemas clínicos, bem como a capacidade reflexiva para analisar essas evidências, passa a ser uma competência do profissional da área de saúde que atua na prevenção e no tratamento de feridas.

A tomada de decisões clínicas baseadas na reflexão sobre evidências é um processo complexo, depende de tempo e esforço. Por essa razão convidamos a todos, que desejam contribuir para o aprimoramento do conhecimento científico e da prática profissional relacionada ao paciente com feridas, seja na implementação de linhas de cuidados e quanto nas orientações referentes a prática clínica.

Sabemos que será mais um longo percurso a percorrer, mas reflexão crítica aproxima o profissional de um processo de tomada de decisão mais científica e menos empírica, e é isso que queremos discutir e trabalhar no IV Simpósio Carioca de Feridas.

Através do site www.feridasequeimaduras.com.br, você poderá fazer sua inscrição com a facilidade que a Internet proporciona e com descontos, podendo parcelar até o dia 07 de Outubro, não perca tempo!

INSCRIÇÕES ABERTAS

Advil lança nova campanha e convida você a “estar no controle”

Filmes ilustram situações em que a dor de cabeça e nas costas não podem atrapalhar sua rotina – principalmente em momentos importantes

A novo filme de Advil chegou nesta semana à TV e às mídias sociais para mostrar que é possível ter uma solução rápida contra dor e seguir em frente em qualquer situação. Segunda maior marca de analgésico (em valor) em São Paulo, e terceira no Brasil*, o produto conta a história de personagens que não querem desistir de suas atividades importantes por conta da dor.

A campanha, intitulada “No controle da situação”, ressalta a rapidez de ação do medicamento e como ele age para não deixar que dores comuns do dia a dia atrapalhem sua rotina. Os dois filmes de Advil mostram situações comuns, como a dor de cabeça que surge antes de uma prova importante, e a dor nas costas que incomoda o esportista prestes a iniciar uma trilha de bicicleta para a qual se preparou, e não gostaria de desistir. É nessa hora que o produto faz a diferença, com ação a partir de 10 minutos para alívio das dores de cabeça, nas costas e musculares.

“Queremos mostrar que Advil pode ajudar as pes-

soas a combater a dor, trazendo-as de volta ao controle da situação, mais rapidamente” explica Cristina Viana da Fonseca, diretora de Marketing da Pfizer Consumer Healthcare. Segundo ela, o desafio com a campanha é se diferenciar em um mercado altamente diversificado e competitivo, que conta hoje com quase 200 marcas. “Há oito anos no mercado brasileiro, o produto se diferencia nesse segmento pela moderna apresentação – em cápsula líquida – e pelo rápido início de ação, atributos que fizeram de Advil o mais vendido do mundo”, completa.

A campanha, desenvolvida pela agência Ogilvy & Mather Brasil, estará nas principais emissoras de televisão aberta – Globo, Record e SBT - e canais por assinatura. Os filmes serão veiculados em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, Fortaleza, Salvador e Recife. A marca fará também ações na internet, no Youtube e Facebook. A estreia foi em 5 de setembro, no intervalo da novela das 21h, na Globo.

Fonte: Advil

Departamento de Ginecologia da EPM/Unifesp oferece tratamento gratuito para malformação genital e bexiga hiperativa

O setor de Uroginecologia do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) está com vagas abertas para pacientes portadoras de Malformação Genital e Bexiga Hiperativa. Pioneiros no Brasil, os atendimentos são gratuitos e dispõem de equipes multiprofissionais, que acompanham as pacientes desde o início do tratamento.

O professor titular do Departamento de Ginecologia da EPM Unifesp, Manoel Girão, explica que o serviço de tratamento de Malformação Genital surgiu devido a observação de casos de crianças e adolescentes, pacientes do Hospital São Paulo, hospital universitário da Unifesp, que nasciam com alguma anomalia no aparelho reprodutor, tais como ausência de vagina ou útero e duplicidade destes órgãos, por exemplo. “Por esse motivo, formamos, treinamos e capacitamos um grupo de pessoas e hoje fazemos cirurgia de neovagina com altas taxas de sucesso, inclusive com casos de mulheres que engravidaram”. Claudia Takano, coordenadora do serviço de Malformação Genital, afirma que, devido ao fato do problema ser pouco comum, muitos profissionais da saúde ainda não sabem lidar com o problema. “Recebemos pacientes encaminhadas de médicos ►

► da Unifesp, mas muitos ginecologistas ainda desconhecem nosso ambulatório e as possibilidades de tratamento que oferecemos”, completa.

Já Raquel Arruda, coordenadora do setor de Bexiga Hiperativa, diz que o problema é bastante comum, atingindo cerca de 10% da população adulta, manifestando-se, caracteristicamente, com o avançar da idade em pacientes de ambos os sexos. Segundo ela, o tratamento é fundamental para a melhora da qualidade de vida das pacientes. “Elas fazem mentalmente o trajeto para saber aonde tem banheiro. Algumas delas chegam a sair de casa com uma sacola de roupa para poder se trocar”, explica. Tal comportamento se deve ao fato das portadoras dessa doença perderem urina involuntariamente. “Quando dá vontade de ir ao banheiro, ela já está perdendo urina e esvazia tudo o que tem na bexiga”, conclui.

As consultas podem ser marcadas pessoalmente no setor de Uroginecologia da EPM/Unifesp, localizado na Rua Loefgreen, nº 1570, Vila Clementino, São Paulo. Para a marcação, é necessária a apresentação do Cartão Nacional de Saúde e cartão azul do Hospital São Paulo, além do encaminhamento emitido por serviços de saúde. O serviço de Bexiga Hiperativa funciona às segundas-feiras, às 13h e o de Malformação Genital, às quintas-feiras, no mesmo horário. O telefone do setor de Uroginecologia é (11) 5576-4879. **Fonte: Departamento de Ginecologia da EPM Unifesp**

Hospital Integrado do Câncer Mater Dei investe em tratamento integral de ginecologia oncológica

O Hospital Integrado do Câncer Mater Dei investe no atendimento integral e personalizado da mulher com câncer ginecológico, com equipes multidisciplinares, aconselhamento genético, preservação da fertilidade, além de tratamento de todos os níveis de complexidade.

A especialidade é composta por ginecologistas com formação oncológica aptos a realizar procedimentos com o objetivo de diagnosticar e tratar câncer e lesões precursoras de cânceres que acometem o aparelho genital feminino. De acordo com a ginecologista oncológica do Hospital Integrado do Câncer Mater Dei de Saúde, Sálua Calil, a mulher deve procurar pela especialidade “para o diagnóstico de tumores que possam ser rastreados como, por exemplo, o câncer de colo uterino, mama, ou tumores hereditários, assim como na suspeita de alterações sugestivas de malignidade do trato genital feminino”.

“A equipe atua em estreita parceria e colaboração com as equipes de oncologia clínica, radioterapia, anatomia patológica, radiologia, clínica médica e demais clínicas cirúrgicas, realizando cirurgias de alta complexidade e tratamentos lo-

corregionais combinados. A Rede Mater Dei de Saúde ainda conta com a Medicina Diagnóstica, com todos os recursos e equipamentos para diagnóstico, tratamento e controle do câncer ginecológico”, conta a médica.

Sobre prevenção de tumores genitais a ginecologista oncológica Sálua explica que “a vacina para o HPV, o exame ginecológico de rotina pelo especialista, a avaliação citológica do colo uterino, os testes para HPV, o aconselhamento genético, assim como a realização do rastreio para o câncer de mama com a mamografia, fazem parte de um conjunto de medidas para prevenção e rastreamento dos tumores ginecológicos”.

“Todas as mulheres devem se preocupar com o controle ginecológico, especialmente, aquelas com vida sexual ativa, na pós-menopausa ou com história familiar positiva para tumores”, alerta a médica.

Hospital Integrado do Câncer Mater Dei
Mater Dei Contorno - Entrada pela Rua
Uberada, 900 - 31.3401-7490.
Belo Horizonte/MG

Tecnologia ajuda a visualizar veias e a definir a punção com precisão e objetividade

A novidade do momento é o Venoscópio, produto 100% nacional, desenvolvido pela Duan Internacional do Brasil, uma startup do interior de São Paulo, que tem seu produto certificado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e pelo FDA (Food and Drug Administration).

O Venoscópio é um transluminador cutâneo portátil, compacto, anatômico e não invasivo. Composto de duas hastes rotacionáveis de até 90°, a aplicação passa a ser possível nas condições mais adversas, pois após a sua fixação, o operador fica com as duas mãos livres para executar a punção venosa. O diferencial tecnológico do Venoscópio é a utilização de luzes de LEDs



que, projetadas sobre a pele, permeiam o tecido subcutâneo em até 5 mm de profundidade, destacando a veia.

Durante a introdução da medicação endovenosa, o Venoscopia reduz os potenciais danos causados aos pacientes,

pois é possível, ainda, observar se a medicação se mantém no lúmen da veia e identificar borramentos de hematomas na transfixação ocidental, evitando seu agravamento.

Fonte: Duan Internacional do Brasil

Morte por câncer de pulmão cai para homens, mas sobe entre as mulheres

O Ministério da Saúde afirmou, durante um evento que marcou o Dia Nacional de Combate ao fumo, que o número de morte de câncer de pulmão entre os homens caiu, mas está longe de alguma comemoração, já que o número de mulheres que morrem por esse mesmo motivo vem crescendo.

Ainda segundo o Ministério, o hábito de fumar gera cerca de 200 mil mortes por ano no Brasil, em decorrência de doenças vasculares e/ou respiratórias, entre outros males. E 90% dos homens com câncer de pulmão fumaram em algum momento da vida.

De acordo com o levantamento, após décadas de elevação, a taxa padronizada (que elimina os efeitos do envelhecimento populacional) de óbitos por câncer de pulmão entre homens caiu de 18,5 por 100 mil habitantes em 2005 para 16,3 por 100 mil habitantes em 2014. Já entre as mulheres, o número subiu de 7,7 para cada 100 mil em 2005, passando a 8,8 por cada 100 mil em 2014.

Esse número foi apresentado durante o evento realizado na Casa Brasil, no Pier Mauá, no Rio de Janeiro, que lançou também a campanha “#MostreAtitude: sem o cigarro, sua vida ganha mais saúde”, para incentivar as pessoas a abandonar o hábito de fumar.

Fonte:Ministério da Saúde

Conhecendo melhor a Trombose Venosa Profunda

Uma doença silenciosa conhecida como TVP – a Trombose Venosa Profunda pode acometer qualquer indivíduo. A TVP geralmente ocorre nos membros inferiores e é uma enfermidade que caracteriza-se pela formação de coágulos no interior das veias.

Por Letícia Leivas Munir



Dr. Rogério Abdo Nesar - Cirurgião Vascular. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Doutor e mestre em medicina pela faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor de publicações da regional São Paulo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Blog: www.varizes.net.br

E para conhecer melhor e desvendar alguns mitos da TPV entrevistamos o Dr. Rogério Nesar, diretor de publicações da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - Regional São Paulo - SBACV-SP

Revista Feridas - O profissional da saúde consegue detectar facilmente a TVP – trombose venosa profunda -? Quais são os sintomas?

Dr. Rogério Nesar - O profissional da saúde pode facilmente suspeitar de uma trombose venosa profunda nos membros inferiores, porém o diagnóstico clínico é pouco sensível, havendo necessidade de confirmação por algum exame complementar, sendo o

ecodoppler venoso o exame mais utilizado hoje em dia para essa finalidade. Sempre que houver um edema (inchaço) e dor no membro inferior, sobretudo se for unilateral, ou seja, principalmente se ocorrer apenas em um dos membros, deve ser levantada a possibilidade de trombose venosa que deve ser excluída ou confirmada por exames complementares. Portanto, os principais sintomas são o edema e dor no membro acometido.

Revista Feridas - A Trombose venosa profunda atinge pessoas de qual idade?

Dr. Rogério Nesar - A trombose venosa pode acometer pessoas de qualquer idade, porém o

risco aumenta linearmente com o envelhecimento. Assim, pessoas adultas e principalmente na velhice têm maior risco de desenvolver a TVP. Raramente acomete as crianças.

Revista Feridas - Pessoas que trabalham sentadas possuem mais probabilidade em adquirir a doença?

Dr. Rogério Nesar - A imobilidade é sem dúvida um fator de risco importante para o desenvolvimento da trombose venosa, porém não é o único fator. A imobilidade ganha maior importância em pessoas que são acamadas por alguma doença que as impossibilite ou dificulte a mobilidade. Para pessoas saudáveis, apenas permanecer sentado por muitas horas não é o determinante de trombose venosa, entretanto, mesmo que não se possa levantar e fazer pequenas caminhadas, movimentar as pernas com uma certa frequência já é o suficiente para ajudar a circulação venosa e minimizar a incidência de TVP.

Revista Feridas - Como evitar esse mal?

Dr. Rogério Nesar - Evitar completamente a trombose venosa é impossível, porém sempre que as

“

Um recado especial para as mulheres em idade reprodutiva: uso de contraceptivos orais, as pílulas anticoncepcionais, aumentam em 4 vezes o risco de TVP, sobretudo se a mulher é fumante”

peças estiverem expostas aos fatores de risco, como cirurgias de grande porte, câncer, imobilizações, fraturas, traumas, etc, devem ser tomadas medidas de prevenção, às vezes até com uso de anticoagulantes, esta medida pode reduzir bastante a incidência da doença. Um recado especial para as mulheres em idade reprodutiva: uso de contraceptivos orais, as pílulas anticoncepcionais, aumentam em 4 vezes o risco de TVP, sobretudo se a mulher é fumante. Minha recomendação é que se evitem as pílulas anticoncepcionais, porém se seu uso for necessário, de forma alguma deve ser usado com cigarro e fazer atividades físicas é praticamente mandatário.

Revista Feridas - Quando diagnosticada a TVP o tratamento é para o resto da vida?

Dr. Rogério Nesar - O tempo de tratamento vai depender do fator causal da TVP. quando são

identificados os fatores de risco, por exemplo, após uma cirurgia, após um trauma com imobilização do membro inferior, ou mesmo relacionado ao uso de contraceptivos orais, geralmente a trombose venosa é tratada por 3 a 6 meses, com uso de anticoagulantes, e pronto. Mas se a TVP foi desencadeada espontaneamente ou se foi consequência de um câncer ativo, por exemplo, muitas vezes o período de tratamento pode se estender. Há casos, sobretudo nas recidivas de TVP, ou seja, pessoas que tiveram mais que uma trombose venosa, ou pessoas que apresentam trombofilias genéticas, pode ser que o tratamento seja pelo resto da vida, porém cada caso deve ser analisado individualmente pelo cirurgião vascular.

Revista Feridas - E quais são as principais formas de tratamento?

Dr. Rogério Nesar - O tratamento clássico da TVP é feito com uso de anticoagulantes. Assim que for confirmado o diagnóstico, o paciente deve ser imediatamente anticoagulado para minimizar o risco de embolia pulmonar, que ocorre principalmente até o 14º dia após o início dos sintomas. Existem várias formas de anticoagulação, desde a administração endovenosa até a anticoagulação oral, passando pela infusão subcutânea. O tratamento estendido, ou seja, aquele que vai continuar por 3 a 6 meses, é geralmente feito com uso de medicações orais. Na fase inicial a anticoagulação pode variar com a familiaridade do médico no manuseio dos diversos anticoagulantes e particularidades de cada caso.

Revista Feridas - Quais são as orientações para o controle da doença?

Dr. Rogério Nesar - Não existe exatamente uma forma de controle da doença, o que sabemos é que os pacientes expostos aos fatores de risco para trombose, como cirurgias de grande porte, câncer, imobilizações, etc, etc, devem ter uma profilaxia adequada para minimizar a chance de apresentar TVP. Essa orientação é para todas as pessoas, e principalmente para quem já teve uma TVP. Já aqueles que tiveram a TVP devem usar meias elásticas por pelo menos 2 anos para minimizar a chance de desenvolverem uma síndrome pós trombótica que está relacionada a hipertensão venosa, muito semelhante à hipertensão venosa relacionada a varizes e que podem levar até a formação de úlceras venosas.

Revista Feridas - Quando há sequelas e acontece um edema, quais os métodos utilizados, pelos profissionais da saúde, para amenizar o problema?

Dr. Rogério Nesar - As recomendações gerais são a de manter-se dentro de um peso adequado para a idade, praticar atividades físicas, utilizar meias elásticas e sempre que possível elevar os membros. Algumas medicações podem auxiliar no tratamento e podemos muitas vezes indicar drenagem linfática dos membros, que ajuda bastante também, porém sempre supervisionada por um cirurgião vascular e com profissional capacitado.

Revista Feridas - Atualmente existem milhares de pessoas que

trabalham em seus escritórios, por diversas horas ao dia. O senhor acredita que essa doença, pode ser o mal da atualidade? Já que o simples fato de ficar em pé e se movimentar está cada vez mais escasso?

Dr. Rogério Nesar - Não acredito nesta hipótese. Lógico que sou o maior estimulador das atividades físicas, não apenas para evitar a trombose venosa, mas para um ganho em qualidade de vida, controle de peso, melhora do stress, etc, porém, para minimizar a chance de desenvolver TVP, pequenos movimentos das pernas, mesmo sentado, ou pequenas caminhadas no próprio trabalho, já ajudam bastante. ■



Normas de publicação da Revista Feridas

1. A Revista Feridas (RFE), como um veículo de difusão científica, abre espaço para que diversos profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, engenharia, fisioterapia, educação física, entre outros, divulguem seus estudos. A RFE aceita artigos inéditos e originais, e condena o plágio e o autoplagio. Os trabalhos devem ser destinados exclusivamente para a RFE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, seja parcial ou integralmente. Na pesquisa envolvendo seres humanos, é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2. Juntamente com o manuscrito, o/a(s) autor(es/-as) deverá(-ão) enviar declaração referente a responsabilidade de conteúdo, termo de transferência de direitos autorais e declaração de conflitos de interesse (modelos no site: revistaferidas.com.br). O autor de correspondência deverá encaminhar os documentos para o e-mail artigo@revistaferidas.com.br, juntamente com o artigo.

4. Categorias aceitas: artigos de revisão de literatura, artigos originais, relato de experiência profissional (inclui estudo de caso). Máximo de 15 páginas (excluindo apenas a folha de rosto). Notas e carta para Editora Científica (máximo de uma página).

5. Estruturação e preparação dos manuscritos: folha de rosto com títulos completos em negrito nos idiomas português, inglês e espanhol, nome dos autores separados por ponto e vírgula e, em nota de rodapé, a listagem dos autores (com respectivas titulações, instituições por extenso, departamento a que pertencem, e-mail de todos os autores e categoria do manuscrito; o autor de correspondência deve acrescentar o endereço). **Resumos** em português, inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras, espaçamento entrelinhas de 1,0, contendo objetivo, método, resultados e conclusão. **Ensaio clínico** devem apresentar o número do registro ao final do resumo e ter um máximo de 8 páginas (excluindo folha de rosto). **Descritores:** três a seis descritores acompanhando os idiomas português, inglês e espanhol, extraídos do vocabulário DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME (disponível em decs.bvs.br). **Introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos:** numeração arábica e sequenciada, no canto superior direito. **Corpo do manuscrito:** deve ser apresentado em folha A4, com margens superior, inferior, direita e esquerda a 3,0 cm. O texto deve ter espaçamento entrelinhas de 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12. **Referências:** em ordem numérica, seguindo as Normas Gerais do Estilo Vancouver.

6. Ilustrações: gráficos, tabelas, fotografias e fluxogramas, totalizando 06 ilustrações, devem ser inseridos no corpo do texto, exceto as fotografias. As nomenclaturas das ilustrações devem vir antes das mesmas, no canto superior direito justificado, numeradas sequencialmente, à medida que aparecem no texto (numeração arábica). **As fotografias** devem vir em alta resolução (mínimo de 300 DPI e 1 a 2 MBs.), encaminhadas em arquivo separado para o e-mail artigo@revistaferidas.com.br.

7. Processo de julgamento: o anonimato dos autores será garantido. Cumpridas as normas pelos autores, o manuscrito será encaminhado para dois pareceristas (avaliação cega). Em discordância, será encaminhado a um terceiro parecerista. Após tomar conhecimento dos pareceres, a coordenação científica conduzirá a decisão: aceite, aceite após revisão e/ou recusa. Os manuscritos não aceitos serão excluídos dos arquivos da RFE.

8. Artigo aceito para publicação: um dos autores deverá assinar a revista; ainda, o autor deverá submeter seu artigo a um revisor das línguas portuguesa, inglesa e espanhola (da sua preferência) e enviar, em anexo, uma declaração desses revisores para o e-mail artigo@revistaferidas.com.br.

9. Ao primeiro autor do artigo serão encaminhados dois exemplares.

Normas completas no site: revistaferidas.com.br



Índice do custo do tratamento das úlceras por pressão em pacientes assistidos no domicílio

Contents of the cost of treatment of pressure ulcers in patients assisted at home

Contenido de la costo del tratamiento de las úlceras por presión en pacientes atendidos en inicio

Andrea Coelho Neves:

Enfermeira, pós-graduanda em MBA de Auditoria e Gestão Hospitalar de Organizações de Saúde, vinculada a Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco, Residente em Saúde da Família, vinculada a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP).

Rachel Mola: Enfermeira, Docente Assistente da Universidade de Pernambuco (UPE) campus Petrolina, Mestre em Hebiatria (FOP-UPE), Estomaterapeuta (UPE) e Intensivista (IBPEX).

Luciana Andrade Mendonça Machado e Coelho: Enfermeira, Especialista em Auditoria, vinculada a Fundação UNIMED.

Resumo

O presente artigo objetivou descrever o índice do custo do tratamento das úlceras por pressão em pacientes assistidos no domicílio, conveniados com uma rede privada. Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, retrospectivo, descritivo e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (UPE) com protocolo nº 1315137. Os dados foram obtidos por fonte secundária proveniente dos prontuários dos pacientes de junho/2014 a junho/2015, os quais eram integrados ao sistema de gestão hospitalar contábil. No serviço de assistência domiciliar analisado, 111 pacientes se encontravam acamados, destes, 27 (24,53%) são portadores de UP e no total, 46 UP foram encontradas, sendo 13 (48,1%) do sexo feminino e 14 (51,9%) do sexo masculino. Os gastos investidos com uso de coberturas especiais totalizaram um valor de R\$ 91.680. Úlcera por pressão é um indicador de qualidade dos serviços de saúde. É válido investir na prevenção, uma vez que se pode reduzir custo e oferecer serviços de maior qualidade ao usuário. Além disso, acarretam elevados custos associados ao tratamento, assim como custos intangíveis pelo sofrimento vivenciado pelo paciente, familiares e cuidadores afins.

Descritores: Úlcera por pressão, enfermagem domiciliar, custos e análise de custo.

Abstract

This article aimed to describe the index of the cost of treatment of pressure ulcers in patients assisted at home, insured with a private network. It is a quantitative study, cross-sectional, retrospective, descriptive and approved by the Ethics Committee on Human Research of the University of Pernambuco (UPE) with protocol number 1315137. The data were obtained by secondary source from patients' records June / 2014 to

June / 2015, which were integrated into the accounting hospital management system. In the home care service analyzed, 111 patients were bedridden, of these, 27 (24.53%) are carriers of UP and in total, 46 UP were found, 13 (48.1%) were female and 14 (51.9%) were male. Spending invested with the use of special coverage totaled an amount of R \$ 91,680. Pressure ulcer is an indicator of quality of health services. It is worth investing in prevention, since it can reduce costs and deliver

higher quality services to the user. In addition, they carry a heavy cost associated with the treatment, as well as intangible costs for the suffering experienced by the patient, family and caregivers related.

Descriptors: Pressure ulcer, home nursing, costs and cost analysis.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo describir el índice del coste del tratamiento de las úlceras por presión en pacientes que reciben asistencia en el hogar, asegurado con una red privada. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo, descriptivo y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Humana de la Universidad de Pernambuco (UPE) con el número de protocolo 1315137. Los datos se obtuvieron mediante la fuente secundaria de los registros de los pacientes junio / 2014 a junio / 2015, que se integra en el sistema de gestión hospitalaria contabilidad. En el servicio de atención domiciliar analizados, 111 pacientes fueron postrados en cama, de éstos, 27 (24,53%) son portadores de la UP y en total, se encontraron 46 UP, 13 (48,1%) eran mujeres y 14 (51,9%) eran varones. El gasto invertido con el uso de la cobertura especial asciende a un valor de R \$ 91.680. Úlcera por presión es un indicador de la calidad de los servicios de salud. Vale la pena invertir en la prevención, ya que puede reducir los costes y ofrecer servicios de mayor calidad al usuario. Además, resultan muy costosos asociados con el tratamiento, así como los costos intangibles por el sufrimiento experimentado por el paciente, la familia y los cuidadores relacionados.

Descritores: Úlcera por presión, hogar de ancianos, costos y análisis de costo.

RECEBIDO 15/07/2016 | APROVADO 24/08/2016

Introdução

A incidência de úlceras por pressão (UP) está intimamente ligada à qualidade de assistência prestada ao cliente, uma vez que esta serve como indicador para a análise dos cuidados. Sabe-se que, a presença das UP está associada a fatores como aumento dos custos, tempo de hospitalização e da carga de trabalho para a equipe de enfermagem¹.

Em virtude do elevado crescimento da população, o cuidado domiciliar tornou-se algo fundamental, com o objetivo de reintegração no âmbito familiar e social, além de minimizar possíveis riscos (psicológicos, fisiológicos e imunológicos), visando a diminuição da hospi-

talização e reinternação, assim como redução de custos^{2,3}.

É sabido que, as UP afetam um valor por volta de 9% dos pacientes hospitalizados (sobretudo os idosos), e 25% dos pacientes acamados com assistência domiciliar⁴.

As complicações decorrentes das UP trazem muitos prejuízos tanto para o paciente, como riscos fisiológicos, imunológicos e psicológicos, como aumento do custo hospitalar, do cuidado domiciliar ou qualquer outra instituição envolvida. Com relação à assistência domiciliar, estes riscos podem ser minimizados por meio da atenção integral ao paciente, promovendo a humanização, que indiretamente pode resultar em menores custos.

Considerando o desenvolvimento das UP como algo evitável, a pesquisa considerou a importância das medidas preventivas como ferramenta para redução de custo institucional como também para o bem estar do usuário. O objetivo desta pesquisa foi descrever o índice do custo do tratamento das úlceras por pressão em pacientes assistidos no domicílio.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, retrospectivo e descritivo. O mesmo ocorreu no mês de dezembro de 2015 no Programa de Assistência Domiciliar da cooperativa de saúde de uma instituição privada de médio porte locali-

zada na cidade de Petrolina-PE. A amostra foi constituída por pacientes acamados, portadores de Úlceras por Pressão que possuíam convênio com a cooperativa de saúde selecionada, no período de junho de 2014 à junho de 2015.

Os dados foram obtidos por fonte secundária proveniente dos prontuários dos pacientes, os quais eram integrados ao Sistema de Gestão Hospitalar Contábil (SISAC) on-line pertencente à *Engeplus Sistemas*® utilizado pela instituição. Os custos envolvendo a prevenção e tratamento da UP foram considerados como a variável dependente, e as independentes foram: medidas preventivas para o surgimento de UP, tamanho da UP, o material utilizado na realização do curativo da UP, a frequência de troca do curativo e a complexidade da lesão.

Foi considerada a possibilidade de alterações dos valores obtidos na coleta em relação ao valor real do custo. Tais alterações podem ser ocasionadas pela variação do preço na compra do material utilizado, bem como o valor real gasto em cada procedimento que apresenta suas particularidades. Visando minimizar os riscos descritos, a coleta de dados foi realizada com o apoio do responsável técnico do faturamento das guias e enfermeira gerente do referido programa domiciliar.

A pesquisa obedeceu aos critérios exigidos pela Resolução 466/12, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (UPE)

com protocolo nº 1315137. A preservação da privacidade dos pacientes será totalmente mantida, visto que desde o momento da tabulação de dados no programa estatístico até o relato dos resultados na discussão, a identidade dos mesmos será legendada através de forma numérica.

Por meio do acesso ao sistema SISAC procedeu-se à recuperação dos dados de custos com os materiais utilizados em cada paciente de forma individual. Em seguida, os mesmos foram tabulados em planilha *Microsoft Excel*® com o valor total gasto por cada paciente. Por fim, os resultados foram processados e analisados de forma descritiva por meio do programa *Statistical Package for social Science* (SPSS), versão 20.0 por dupla entrada. Dados categóricos foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Para o cálculo do intervalo de confiança (IC 95%) foi utilizado o programa *WinPepi*, versão 11.43.

Resultados

No serviço de assistência domiciliar analisado, 111 pacientes se encontravam acamados, destes, 27 são portadores de UP, sendo 13 (48,1%) do sexo feminino e 14 (51,9%) do sexo masculino. Na tabela 1 estão descritos o estadiamento e as regiões acometidas pelas 46 UP encontradas.

A tabela 2 mostra a prevalência do uso das coberturas especiais utilizadas seja de forma individualizada ou associada. Todos os 27 pacientes portadores de UP fizeram uso de cober-

“

O estado nutricional, mudança de decúbito, hidratação da pele e tratamento de doenças preexistentes são medidas profiláticas que podem ser adotadas para evitar o surgimento de tais lesões

”

turas especiais durante a condução do tratamento. O AGE + hidrogel (74,1%) foi a composição mais utilizada nos usuários, de modo contrário à Bota de unna que obteve um quantitativo mínimo (3,7%) de uso.

Os gastos investidos com uso de coberturas especiais somaram no total R\$ 91.680, sendo o custo máximo por paciente de R\$ 11.703 e mínimo de R\$ 11,00.

Discussão

Entende-se como UP, uma lesão localizada na pele, estrutura subjacente ou tecido, na maioria das vezes sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão isolada ou associada a cisalhamento ou fricção, provocando assim, interrupção do suprimento sanguíneo e oxigenação para a área afetada^{5, 6, 7, 8, 9}. De acordo com o comprometimento tissular e não da gravidade, as UP são classificadas em estágios que

Tabela 1: Estadiamento e regiões acometidas por UP de pacientes acamados em assistência domiciliar. Petrolina – PE.

Regiões	Estadiamento das UP			
	Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Sacro	5 (71,42%) 29,04 - 96,33	10 (35,71%) 18,64 - 55,93	4 (50%) 15,70 - 84,30	3 (100%) 29,29 - 100,0
Trocanter esquerdo	1 (14,28%) 00,36 - 57,87	3 (10,71%) 02,27 - 28,23	3 (37,5%) 08,52 - 75,51	-
Trocanter direito	1 (14,28%) 00,36 - 57,87	5 (17,85%) 06,06 - 36,89	1 (12,5%) 00,32 - 52,65	-
Pavilhão auricular esquerdo	-	1 (3,57%) 00,09 - 18,35	-	-
Pavilhão auricular direito	-	1 (3,57%) 00,09 - 18,35	-	-
Calcâneo esquerdo	-	5 (17,85%) 06,06 - 36,89	-	-
Calcâneo direito	-	3 (10,71%) 02,27 - 28,23	-	-
Total	7 (100%)	28 (100%)	8 (100%)	3 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

variam de I a IV^{5,7}.

O estado nutricional, mudança de decúbito, hidratação da pele e tratamento de doenças preexistentes são medidas profiláticas que podem ser adotadas para evitar o surgimento de tais lesões. Quando já existentes, faz-se necessário o acompanhamento da mesma, uma vez que podem levar à complicações como hospitalização quando não conduzidas devidamente¹.

Prevalência de UP X Assistência domiciliar:

Programas de atenção domi-

ciliar se apresentam como alternativas de atenção à saúde do idoso frágil. Amplamente utilizados em países desenvolvidos, passaram a expandir sua atuação no Brasil somente a partir da última década do século XX, tanto no setor público, quanto no privado. Entretanto, sua efetividade ainda não foi adequadamente avaliada em nosso país, especialmente no que se refere à população idosa¹¹.

As UP constituem um grave problema na medida em que provocam uma diminuição relevante da qualidade de vida no

doente e comprometem a resolução de outros problemas de saúde, nomeadamente infecções que podem conduzir à morte. São consideradas indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas situações de internamento hospitalar e/ou institucionalização em lares; não obstante, em nível domiciliário, as UP constituem foco de atenção essencial e indicador de ganhos em saúde, sobretudo pela sua prevenção. Ainda assim, na atualidade se verifica uma prevalência considerável de UP, sobretudo a nível domiciliário¹².

Tabela 2: Prevalência do uso das coberturas especiais utilizadas dos pacientes portadores de UP em assistência domiciliar. Petrolina – PE.

Coberturas utilizadas	N	%
Acido graxo essencial (AGE)	16	59,3
Acido graxo essencial (AGE) + Hidrogel	20	74,1
Hidrogel	12	44,4
Hidrogel + Polihexametileno Biguanida (PHMB)	19	70,4
Hidrogel+ Colágeno	3	11,1
Hidrocolóide placa	12	44,4
Hidrocolóide fino	10	37
Solução antisséptica com betaína e polihexanida	6	22,2
Alginato de cálcio	2	7,4
Alginato de cálcio + prata iônica	15	55,6
Espuma de poliuretano	9	33,3
Espuma de poliuretano com prata	9	33,3
Filme transparente	2	7,4
Bota de unha	1	3,7

Fonte: Sistema de Gestão Hospitalar Contábil (SISAC).

A atual pesquisa apresentou prevalência de 24,32% pacientes portadores de UP em internamento domiciliar; e embora esteja um pouco abaixo do encontrado na literatura atual, onde nos Estados Unidos¹³ a prevalência varia de zero a 29% na assistência domiciliar, este resultado é preocupante visto que a UP na maioria das vezes pode ser evitada com medidas simples. Por enquanto, não há registros de taxas nacionais globais de ocorrência de UP, no entanto, dados obtidos de diferentes regiões do Brasil revelam altos índices¹³.

Um estudo piloto realizado em hospitais de cinco países da Europa¹², apresentaram prevalência de UP global de 18,1% em 5.947 doentes observados. A prevalência por país foi a se-

guinte: Bélgica 21,0 %, Itália 8,0%, Portugal 12,5%, Reino Unido 21,0% e Suécia 23,0%¹².

A atual pesquisa mostrou que a região mais afetada por UP foi a sacra, convergindo com dados de outras publicações^{10, 12}.

Fatores desencadeantes X Qualidade da assistência:

Tanto fatores intrínsecos como alterações no estado nutricional, hipertermia, incontinência fecal e urinária, idade avançada, insuficiência venosa ou arterial, tabagismo, diabetes mellitus, como extrínsecos, no caso da pressão exercida sobre um tecido, sua intensidade e duração, podem favorecer o surgimento das UP⁶. Na atual pesquisa, observou-se que entre tantos fatores desencadeantes de UP, os observados nas evoluções



Para minimizar a incidência de úlcera por pressão, o paciente deve ser analisado de uma forma global, incluindo estado nutricional e doenças preexistentes



da amostra analisada foram: presença de umidade da pele, principalmente em regiões de

fraldas decorrente de urina e fezes e, realização de mudança de decúbito na periodicidade abaixo da recomendada para paciente acamados.

Para minimizar a incidência de úlcera por pressão, o paciente deve ser analisado de uma forma global, incluindo estado nutricional e doenças preexistentes. Algumas medidas devem ser tomadas, como o tipo de leito para pacientes inconscientes, a higiene e mudança de decúbito a cada duas horas. Com a aplicação dessas efetivas medidas, fica visível a diminuição da incidência das UP e conseqüentemente, reduziria os gastos com curativos e antibióticos¹.

Outro fator evidenciado neste estudo foi a prevalência de indivíduos com idade acima de 60 anos, sendo que os paciente com faixa etária entre 71 a 90 anos representou 51,9%. Idade é considerada um fator de risco para UP, especialmente em pacientes com idades entre 65 anos ou mais. A falha de cicatrização de feridas afeta de três a seis milhões de pessoas naquela idade, e representa 85% dessa ocorrência¹⁴.

Custo X Prevenção:

As UP constituem um problema comum a muitos países do mundo, em todos os níveis assistenciais de saúde, afetando pessoas de todos os grupos etários e resultando em custos econômicos elevados por consumo de recursos materiais e pessoais como atuação de cuidadores informais, bem como sofrimento individual e familiar¹². Dentre

“

Os custos com o tratamento das UP são muito mais elevados do que com a prevenção e o investimento em recursos materiais e humanos para a prevenção é mais rentável em termos econômicos e na qualidade de cuidados aos clientes

”

os tratamentos que geram altos custos as instituições de saúde evidenciam-se os destinados às úlceras por pressão^{12, 15}, e geralmente o custo do tratamento está associado à magnitude do dano tecidual⁷. Este fato também foi evidenciado em nossa pesquisa.

De acordo com estudo realizado nos Estados Unidos por The National Pressure Ulcer Advisory Panel, o custo estimado do tratamento para úlcera de pressão é de US\$ 2.000 a US\$ 30.000 por paciente, sendo o custo anual estimado em US\$ 8,5 bilhões¹⁶.

No Brasil, a atenção voltada ao paciente portador de UP tornou-se mais evidente após a publicação da RDC N° 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para promoção da

segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Prevenção de UP foi incluída no plano de segurança do paciente para o qual devem ser desenvolvidas estratégias e ações para a gestão de risco. Um protocolo foi publicado para a prevenção que inclui estratégias para otimização da nutrição e hidratação¹⁴.

Em variadíssimas situações na área da saúde, é recorrente a ideia de que a prevenção é preferível ao tratamento e que seu custo será, na mesma medida, inferior. Os custos com o tratamento das UP são muito mais elevados do que com a prevenção e o investimento em recursos materiais e humanos para a prevenção é mais rentável em termos econômicos e na qualidade de cuidados aos clientes¹².

Nesse sentido, observa-se que é uma boa estratégia da cooperativa de saúde investir no programa de assistência domiciliar, uma vez que mesmo sem ser *home care*, o mesmo dá suporte no domicílio dos usuários que atendem ao perfil do programa. O serviço é composto por uma equipe multiprofissional que prestam assistência aos pacientes de acordo com suas necessidades.

Nota-se que a viabilidade dessa estratégia é satisfatória, ainda que o investimento seja alto, pois as orientações, medidas e condutas executadas no domicílio muitas vezes evitam possíveis hospitalizações e conseqüentemente reduzem o custo para a cooperativa, que evidentemente seria maior.

Avaliações da efetividade de programas de atenção à saúde são um desafio a ser enfrentado em cenários dominados pela incorporação desmesurada de novas tecnologias, elevação de custos assistenciais e recursos limitados¹¹. No Brasil, coberturas especiais ainda são consideradas de alto custo e tanto instituições públicas como particulares aderem a essa terapêutica no intuito de prestarem uma melhor assistência ao paciente.

Conclusões

A pesquisa evidenciou resultados similares às pesquisas atu-

ais com relação à prevalência de pacientes portadores de UP em tratamento domiciliar. Mostrou também que embora o índice do custo para o tratamento destas lesões tenha variações óbvias de acordo com a gravidade da UP, o mesmo se apresentou abaixo dos dados publicados na literatura.

Conclui-se assim, que este estudo foi relevante, visto que por meio dos valores obtidos no tratamento pode-se inferir o melhor custo benefício de forma individualizada e possibilitar um planejamento orçamentário a médio e longo prazo, por convênios e/ou instituições de saúde. ■

“ A pesquisa evidenciou resultados similares às pesquisas atuais com relação à prevalência de pacientes portadores de UP em tratamento domiciliar ”

Referências bibliográficas

- LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 267–277, jan. 2011.
- CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 29–34, 2010.
- LIMA, A. A. DE; SPAGNUOLO, R. S.; PATRÍCIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 2, p. 343–351, jun. 2013.
- FREITAS, M. C. DE et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, v. 32, n. 1, p. 143–150, mar. 2011.
- ARAÚJO, T. M. DE et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 4, p. 671–676, ago. 2011.
- DICCINI, S.; CAMADURO, C.; IIDA, L. I. S. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 205–209, 2009.
- SCARLATTI, K. C. et al. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, p. 1372–1379, dez. 2011.
- SILVA, A. L. DA et al. Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 168–172, mar. 2013.
- SANTANA, Weslany Souza et al. Prevalência de Úlcera por Pressão em Idosos com Imobilidade Prolongada em Domicílio. *Rev. Estima - vol 12 (4) 2014* p. 11 – 20.
- Patente ME de F, Patente CL de F, Araújo AP da CM, Santana JCB, Dutra BS, Campos ACV. Úlcera por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Percurso Acadêmico*. 2011; 1(1):51-60.
- BISCIONE, Fernando Martín et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, p. s73-s80, Nov. 2013.
- SILVA, Ana Júlia et al. Custo Econômico do Tratamento das úlceras POR PRESSÃO: Uma abordagem Teórica. *Rev. Esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 971-976, ago 2013.
- POTT, Franciele Soares et al. A eficácia de curativos hidrocolóides contra outros curativos na cicatrização de úlceras de pressão em adultos e idosos: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Rev. Latino-Am. Enfermagem de Ribeirão Preto*, v. 22, n.3, p. 511-520, junho de 2014.
- BLANC, Gisely et al. Eficácia da Terapia Nutricional Enteral no processo de cicatrização de úlceras de pressão: Uma revisão sistemática. *Rev. Esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 152-161, fevereiro 2015.
- SOUZA, Thaís Sanglard de et al. Estudos Clínicos Sobre úlcera por pressão. *Rev.br.as enferm.*, Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-476, junho de 2010.
- LIMA, Angela Cristina Beck; GUERRA, Diana Mendonça. Avaliação do Custo do Tratamento de úlceras POR PRESSÃO em patients hospitalizados usando curativos Industrializados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 267-277, Jan. 2011.

Saberes e práticas de acompanhantes e cuidadores sobre prevenção de lesões de pele

Knowledge and practices of companions and caregivers on skin injury prevention

Conocimientos y prácticas para compañeros y cuidadores de prevención de lesiones de la piel

Resumo

Estudo transversal, descritivo e quantitativo que objetivou identificar os saberes e práticas de acompanhantes/cuidadores com relação às medidas preventivas de lesões de pele em um hospital público de grande porte. A amostra foi não probabilística e com abordagem direta, totalizando 153 indivíduos. Foi aplicado formulário semiestruturado preenchido pelas pesquisadoras com questões sobre o tema proposto no período de julho a agosto de 2012. A amostra foi constituída predominantemente por acompanhantes do sexo feminino 85,6%, com baixa escolaridade 47,7% e sem vínculo empregatício 60,1%. A presença de vínculo familiar prevaleceu (90,2%) sendo a maioria maternal/paternal. A não realização da mudança de decúbito foi a resposta mais relatada (32,%) como fator de risco para de lesão de pele; sobre a importância a mudança de decúbito 45,1% responderam que seria para evitar abertura de feridas e 41,2% afirmou que a frequência correta da mudança de decúbito seria a cada duas horas. Quanto à oferta de educação em saúde pela equipe de enfermagem sobre o tema, 89,5% declarou não ter recebido. Conclui-se que a maioria da amostra apresentou respostas compatíveis com a literatura na identificação dos fatores de risco para ocorrência de lesões cutâneas evidenciando a existência, mesmo que informal, de alguma bagagem de saberes relacionado ao tema. Foi possível inferir que a maioria dos acompanhantes relatou algum tipo de medida adequada para evitar a ocorrência da lesão de pele no paciente. No entanto, alguns relataram adotar medidas consideradas prejudiciais pela literatura no que diz respeito à manutenção da integridade da pele.

Descritores: Enfermagem, cuidadores, ferimentos e lesões, pele.

Abstract

A cross-sectional, descriptive and quantitative study aimed to identify the knowledge and practices of caregivers / caretakers with regard to preventive measures of skin lesions in a large public hospital. The sample was non-probabilistic and direct approach, totaling 153 individuals. Was applied semi-structured form filled by the researchers with questions about the proposed theme in the period July-August 2012. The sample consisted predominantly of female escorts 85.6%, 47.7% with low education and not employed 60,1%. The presence of family ties prevailed (90.2%) and maternal / paternal

Rachel Mola: Enfermeira. Docente Assistente pela Universidade de Pernambuco (UPE). Doutoranda em Enfermagem (UPE/UEPB), Mestre em Hepatologia (UPE), Especialista em Estomatoterapia (UPE) e Terapia Intensiva (IBPEX). Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina, Pernambuco, Brasil.

Ana Carolina Rodarti Pitangui: Fisioterapeuta. Docente Associada do curso de Fisioterapia e dos programas de Pós graduação em Hepatologia e Enfermagem (UPE). Doutora em Ciência da saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERT/USP). Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina, Pernambuco, Brasil.

Leide Daiane Torres de Souza: Enfermeira, Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina, Pernambuco, Brasil

Ana Kariny Costa Araújo: Enfermeira, Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina, Pernambuco, Brasil

Gessyka Mayara Soares

Gomes: Enfermeira,
Universidade de Pernambuco
(UPE), campus Petrolina,
Pernambuco, Brasil

Layanna Dryelle da Silva

Vasconcelos: Enfermeira,
Universidade de Pernambuco
(UPE), campus Petrolina,
Pernambuco, Brasil

majority. Failure to make the position change was the most reported response (32%) as rich factor for skin lesions; on the importance of the decubitus change 45.1% answered that it would be to avoid opening wounds and 41, 2% said that the correct frequency of decubitus would change every two hours. As for health education offer by the nursing staff on the issue, 89.5% said they did not receive. It is concluded that most of the sample had responses consistent with the literature on the identification of risk factors for the occurrence of skin lesions showing the existence, even if informal, some baggage related knowledge to the subject. It can be inferred that most chaperones reported some type of suitable measure to avoid the occurrence of skin injury in the patient. However, few reported take measures considered harmful in the literature with regard to the maintenance of skin integrity.

Descriptors: Nursin, caregivers, wounds and injuries, skin.

Resumen

La sección transversal, descriptivo y cuantitativo tuvo como objetivo identificar los conocimientos y prácticas de los cuidadores con respecto las medidas de prevención de lesiones de la piel en um hospital público. La muestra fue no probabilística enfoque y directa, compostado por 153 individuos. Se aplicó forma semi-estructurado sobre el tema propuesto de julio-agosto de 2012. La muestra estuvo constituida predominantemente de acompañantes femeninas 85,6%, 47,7% con bajo nivel de educación y que no pertenezcan 60, 1%. La presencia de los lazos familiares se impuso (90,2%) y la mayoría materno / paterno. Si no se realiza el cambio de posición fue la respuesta más informado (32%) factor de riesgo de lesiones en la piel; sobre la importancia de la decúbito cambiar el 45,1% respondió que sería para evitar las heridas y 41, 2% dijo que la frecuencia correcta de decúbito cambiaría cada dos horas. En cuanto a la oferta de educación en salud en el tema, el 89,5% dijeron que no recibieron. Se concluye que la mayor parte de la muestra tuvieron respuestas consistentes con la literatura sobre la identificación de factores de riesgo para la aparición de lesiones en la piel que muestran la existencia, aunque informal, algunos conocimientos relacionados con el equipaje al sujeto. Se puede inferir que la mayoría de chaperonas informaron algún tipo de medida adecuada para evitar la aparición de lesiones. Sin embargo, algunas medidas de asimilación reportado consideran dañinos en la literatura en relación con el mantenimiento de la integridad de la piel.

Descriptor: Enfermería, cuidadores, heridas y traumatismos, piel.

RECEBIDO 21/07/2016 | APROVADO 22/08/2016

Introdução

Feridas crônicas, independentemente da etiologia, afetam a pele e tecidos subjacentes, e trazem consequências negativas tanto para seus portadores, quanto para cuidadores, tais como: dor, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações

psicossociais¹.

As lesões de pele, em especial as úlceras por pressão (UP), são responsáveis pelo aumento da permanência do paciente no ambiente hospitalar e, dependendo da sua etiologia, também representam um dos indicadores da qualidade da assistência prestada². As UP estão comumente associadas a fatores de risco intrínsecos

ao paciente, como gravidade do quadro clínico, idade avançada, indivíduos acamados e/ou com problemas neurológicos, no entanto, sua ocorrência pode sofrer influência direta de outros fatores externos como pressão, umidade, fricção e cisalhamento³.

A prevenção de feridas cutâneas pode ser realizada por meio de medidas simples por qualquer

pessoa, sendo ou não da área de saúde; no entanto, a sua ocorrência ainda é um problema que afeta pacientes hospitalizados e em ambiente domiciliar. A depender do estágio de desenvolvimento, o tratamento dessas enfermidades torna-se difícil, prolongado e de alto custo⁴.

Neste contexto, o papel do cuidador/acompanhante torna-se fundamental, sendo o complemento e continuidade do cuidado aos pacientes acamados e/ou com limitações de movimento. Estes são caracterizados geralmente como cuidadores informais, fazendo parte assim, de um sistema popular de cuidado de caráter informal, oposto ao sistema profissional de assistência⁵.

Constituída de um vocabulário próprio, popular e por vezes metafórico, a linguagem do acompanhante, tem uma riqueza simbólica que traduz o significado pessoal e coletivo que as palavras trazem do mundo. Por estes motivos deve ser considerada no processo de educação em saúde. Nos cuidados com a pele, é necessário que algumas noções sejam mais detalhadas para que o acompanhante compreenda o porquê de determinadas ações para promover a prevenção, e também para viabilizar a construção, (des)construção e (re)construção do conhecimento⁵.

Um dos papéis do enfermeiro é colocar-se a disposição do acompanhante/cuidador, procurando amenizar situações conflitantes, reforçando as orientações para a assistência e oferecendo mais segurança em executá-la⁶. No entanto, o profissional de enfermagem deve compreender o momento pertinente para realizar

“
Um dos papéis do enfermeiro é colocar-se a disposição do acompanhante/cuidador, procurando amenizar situações conflitantes, reforçando as orientações para a assistência e oferecendo mais segurança em executá-la
”

tais ações, pois quando os acompanhantes estão abalados emocionalmente, com sua linha flexível de defesa debilitada, a abordagem não deve centrar-se na preocupação com os cuidados, e sim no apoio moral e espiritual⁵.

Novas abordagens do processo de educação devem ser adotadas para garantir o acesso à formação daqueles que ainda não a possuem, como também educação em saúde daqueles que atuam nas unidades formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde. Acredita-se que estas tecnologias permitem visualizar novas formas de prestar a assistência, considerando as necessidades dos profissionais e, com isso, colaborando para a transformação das realidades práticas locais⁶.

A educação em saúde aos acompanhantes/cuidadores é im-

portante para ampliar a qualidade da assistência aos pacientes, e para contribuir com a continuidade do trabalho da equipe de saúde, visando sua inserção no processo do cuidar⁷.

Resultados obtidos em outras pesquisas revelaram um déficit de conhecimento relacionado ao cuidado efetivo na prevenção de lesões de pele, voltado aos acompanhantes/cuidadores⁸. Diante desta realidade e junto à carência de estudos que envolvam a atuação deste grupo, principalmente na região Nordeste do Brasil, esta pesquisa teve como objetivo identificar os saberes e práticas de acompanhantes/cuidadores sobre medidas preventivas de lesões de pele de qualquer etiologia, com ênfase para as úlceras por pressão, visto que este grupo permanece em contato mais próximo ao paciente e por um maior período de tempo.

Métodos

Trata-se de estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de grande porte situado na cidade de Petrolina-PE. A coleta ocorreu no período de junho a julho de 2012, sendo selecionados os setores da referida instituição hospitalar, considerando a permanência de acompanhantes/cuidadores: sala verde (enfermaria onde os pacientes ficam internados no aguardo de resultado de exames e possível encaminhamento e acompanhamento nas clínicas específicas), clínica médica e clínica cirúrgica.

A seleção da amostra foi não probabilística e com abordagem direta onde uma equipe de oito

pesquisadoras previamente capacitada permanecia em loco, obedecendo a uma escala durante as três primeiras horas dos plantões nos turnos da manhã, tarde e noite. Tal metodologia de coleta foi utilizada devido à possibilidade de haver mais de um acompanhante/cuidador para cada paciente no período do estudo. No momento de cada coleta, os participantes eram informados sobre a pesquisa, e convidados a participar.

Foram utilizados como critérios de inclusão indivíduos de ambos o sexos que se encontravam nos referidos setores e se declararam acompanhantes/cuidadores; ter somado no mínimo 24 horas de acompanhamento ao paciente; ser acompanhante de pacientes acamados ou com limitação de mobilidade física⁹, portadores ou não de lesões de pele decorrentes de pressão no leito, uso de dispositivos como drenos, cateteres, tubos e contenções manuais, e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados foi aplicado um formulário semiestruturado confeccionado e preenchido pelos pesquisadores contendo questões de múltipla escolha e abertas sobre a rotina adotada pelos acompanhantes/cuidadores quanto aos métodos de prevenção e tratamento de lesões de pele. Para efeito de validação, as respostas às questões do formulário foram submetidas à confirmação pelos sujeitos do estudo.

As variáveis de interesse relacionadas aos acompanhantes foram direcionadas aos: 1) dados

sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, estado civil, tipo de vínculo com o paciente e se há vínculo empregatício; 2) frequência de visita semanal: apenas uma vez, três ou sete vezes; 3) permanência no setor em dias: um, dois a quatro ou cinco a nove; 4) informações relacionadas às medidas relatadas pelo acompanhante no cuidado direto ao paciente sobre prevenção da ocorrência de lesão de pele: frequência de inspeção e troca de fraldas, frequência e produtos utilizados no banho, uso de produtos no cuidado com a pele, possíveis fatores de risco que contribuem para o surgimento de lesões de pele, indicação e frequência de mudança de decúbito, realização de massagem de conforto na pele íntegra e uso de medidas de alívio de pressão corporal; 5) oferta de orientações pela equipe de enfermagem sobre tema.

Os resultados foram processados e analisados de forma descritiva, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 por dupla entrada. Dados categóricos foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Para o cálculo do intervalo de confiança (IC 95%), foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.43.

A pesquisa se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, protocolo nº 01570012.740.5207 obedecendo aos aspectos éticos determinados pela Resolução N°. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

Resultados

Participaram da pesquisa 153 acompanhantes, não havendo perda amostral na coleta de dados. As características sociodemográficas da amostra estão descritas na Tabela 1.

Uma proporção de 90,2% da amostra relatou algum tipo de vínculo familiar com o paciente, sendo mais prevalente, o maternal/paternal. Aqueles que não possuíam vínculo relataram prestar os cuidados de forma voluntária (5,2%) ou remunerada (2,6%) embora não tivessem formação na área de enfermagem. Na Tabela 2, estão descritas as informações relacionadas ao período de permanência dos indivíduos que compuseram a amostra nos setores pesquisados e seu tipo de vínculo com o paciente.

As respostas dos participan-



A educação em saúde aos acompanhantes/cuidadores é importante para ampliar a qualidade da assistência aos pacientes, e para contribuir com a continuidade do trabalho da equipe de saúde, visando sua inserção no processo do cuidar ”

Tabela 1: Características sociodemográficas dos acompanhantes/cuidadores de um hospital público. Petrolina – PE, 2012.

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo (n=153)			
Feminino	131	85,6%	79,04 – 90,76
Masculino	22	14,4%	09,24 – 20,96
Faixa etária em anos (n=153)			
<18	3	2%	00,41 – 05,62
19-30	45	29,4%	22,33 – 37,31
31-50	78	51%	42,78 – 59,14
51-60	26	17%	11,41 – 23,90
>60	1	0,7%	00,02 – 03,59
Estado civil (n=153)			
Solteiro	86	56,2 %	47,97 – 64,21
Casado	32	20,9%	14,77 – 28,22
Separado	10	6,5%	03,18 – 11,69
Viúvo	10	6,5%	03,18 – 11,69
Outros	15	9,8%	05,59 – 15,65
Escolaridade (n=153)			
Analfabeto	73	47,7%	39,58 – 55,93
Ensino fundamental completo	36	23,5%	17,06 – 31,06
Ensino médio	38	24,8%	18,21 – 32,46
Ensino Superior	6	3,9%	01,45 – 08,34
Vínculo empregatício (n=153)			
Sim	61	39,9%	32,05 – 48,09
Não	92	60,1%	51,91 – 67,95

Fonte: Dados da pesquisa

tes relacionadas às medidas no cuidado direto ao paciente sobre prevenção da ocorrência de lesões de pele, foram registradas pelos pesquisadores conforme o entendimento dos acompanhantes/cuidadores do que seria o correto, e as mesmas foram descritas a seguir.

Ao serem questionados sobre quais os possíveis fatores de risco que contribuem para o surgimento de lesões de pele, as respostas descritas pelos acom-

panhantes/cuidadores foram: manter o paciente na mesma posição por muito tempo 32,0%, deixar a fralda suja com urina e fezes 17,6%, o uso de dispositivos como tubos, sondas e cateteres 19,6%, o uso de colchão rígido 17,0% e a falta de alívio do peso em algum lugar do corpo 13,7%.

Sobre qual a importância de realizar a mudança de decúbito, a resposta mais prevalente foi: para não abrir uma lesão

45,1%, seguida de para não ter câimbra/dormência 30,1% e 24,6% dos participantes responderam não saber informar a importância. Ainda sobre a mudança de decúbito, 41,2% da amostra respondeu que a frequência correta seria a cada duas horas, 8,5% a cada três horas, 11,1% e 39,2% responderam não saber a frequência exata.

Com relação à técnica de massagem de conforto realizada na pele íntegra, 56,9% da

Tabela 2: Distribuição dos acompanhantes/cuidadores quanto ao vínculo com o paciente e permanência em um hospital público. Petrolina – PE, 2012.

Variáveis	N	%	IC 95%
Permanência no setor em dias de internação (n=153)			
1	44	28,8 %	21,74 – 36,62
2 a 4	79	51,6 %	43,42 – 59,78
5 a 9	30	19,6%	13,64 – 26,79
Frequência de visita ao setor (n=153)			
Apenas 1 vez	71	46,4%	38,32 – 54,64
3 vezes na semana	48	31,4%	24,12 – 39,36
7 vezes na semana	34	22,2%	15,91 – 29,64
Tipo de vínculo com o paciente (n=153)			
Mãe/Pai	33	21,6%	15,34 – 28,94
Tio(a)	19	12,4%	07,64 – 18,71
Avó(o)	25	16,3%	10,86 – 23,17
Irmã(o)	18	11,8%	07,12 – 17,95
Cunhada(o)	5	3,3%	01,07 – 07,46
Outros	15	9,8%	05,59 – 15,65
Madrinha/Padrinho	4	2,6%	00,72 – 06,56
Primo(a)	9	5,9%	02,72 – 10,87
Vizinho(a)	7	4,6%	01,86 – 09,20
Sogra(a)	5	3,3%	01,07 – 07,46
Amigo(a)	3	2,0%	00,41 – 05,62
Esposo(a)	13	8,5%	04,60 – 14,09
Sem vinculo familiar	12	9,8%	04,12 – 13,30

Fonte: Dados da pesquisa

amostra afirmou realizar o procedimento, porém, com frequências variadas na sua realização: uma vez ao dia 21,6%, três vezes ao dia 7,8%, após o banho 11,8% e com frequência irregular 15,0%.

Como medidas para prevenir a ocorrência de lesões de pele, os acompanhantes/cuidadores referiram que o correto seria associar a mudança de decúbito com outras medidas a saber: 28,1% sempre esticar os lençóis

do leito evitando dobras, 2,0% usar luvas de procedimento infladas com água e 40,5% aliviar os pontos de pressão com auxílio de medidas de suporte como travesseiros/almofadas, toalhas e lençóis. Na Tabela 3 estão descritas outras informações relacionadas às medidas relatadas pelos acompanhantes/cuidadores consideradas corretas no cuidado direto ao paciente sobre prevenção da ocorrência de lesão de pele.

A maioria dos acompanhantes/cuidadores (81%) afirmou que os pacientes os quais assistiam não apresentavam lesões cutâneas até o momento da coleta. Dentre os pacientes portadores de lesões cutâneas, apenas a úlcera por pressão foi o tipo relatado pelos acompanhantes como presente, e os mesmo descreveram as seguintes regiões corporais acometidas: sacral (7,2%), trocantérica (5,2%), calcânea (3,9%) e escapular (2,6%). A amostra afirmou que

Tabela 3: Medidas relatadas pelos acompanhantes/cuidadores de um hospital público sobre prevenção de lesões de pele. Petrolina – PE, 2012.

Atividades referidas como corretas	N	%	IC 95%
Frequência de inspeção de fraldas (n=153)			
A cada 15 minutos	17	11,1%	06,61 – 17,19
A cada hora	19	12,4%	07,64 – 18,71
Três vezes ao dia	32	20,9%	14,77 – 28,22
No momento do banho	85	55,6%	47,31 – 63,58
Frequência de troca de fraldas (n=153)			
Sempre que houver urina ou fezes	35	22,9%	16,48 – 30,35
A cada duas ou três eliminações	11	7,2%	03,64 – 12,50
Três vezes ao dia	10	6,5%	03,18 – 11,69
No momento do banho	11	7,2%	03,64 – 12,50
Outros momentos	86	56,2%	47,97 – 64,21
Frequência do banho (n=153)			
Uma vez ao dia	105	68,6%	60,64 – 75,88
Duas vezes ao dia	48	31,4%	24,12 – 39,36
Produtos utilizados no banho (n=153)			
Apenas água	8	5,2%	02,28 – 10,04
Água e sabonete líquido	145	94,8%	89,96 – 97,72
Cuidado com a pele (n=153)			
AGE	46	30,1%	22,93 – 38,00
Hidratante	77	50,3%	42,14 – 58,50
Pomada contra assaduras	15	9,8%	05,59 – 15,65
Outros produtos	15	9,8%	05,59 – 15,65

Fonte: Dados da pesquisa

10,5% das UP foram originadas em ambiente domiciliar e 8,5% durante o internamento hospitalar.

Sobre o momento do banho do paciente, os participantes informaram com unanimidade que auxiliavam a equipe de enfermagem, independente da modalidade de banho que era executada e muitas vezes realizavam tal atividade sozinhos. Os tipos de banho relatados foram: 37,9% aspersão, 35,3% na cadeira e no leito 26,8%. Com re-

lação às necessidades fisiológicas dos pacientes, foi informado que 43,8% utilizavam fraldas, 4,6% papagaio/aparadeira, 43,1% banheiro e 8,5% dispositivos urinários (preservativo ou cateter vesical de demora).

No que diz respeito à oferta de orientações sobre prevenção e tratamento de lesões de pele, 10,5% dos acompanhantes/cuidadores afirmaram já ter recebido algum tipo de orientação pela

equipe de enfermagem por meio de abordagem direta e conversas onde podiam esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre o assunto. Até o momento da coleta, os Manuais de Normas e Rotinas dos setores pesquisados não apresentavam programam de educação permanente sobre o tema.

Discussão

Os resultados da pesquisa revelaram a prevalência do cuidador

“
 Dentre os
 procedimentos
 preventivos
 observados, o
 mais prevalente
 foi a mudança
 de decúbito,
 não havendo
 periodicidade na sua
 execução, e sendo
 assim, impossível
 afirmar os benefícios
 proporcionados
 pela ação.”

de gênero feminino quando um membro da família adoece; essa ação de cuidar ultrapassa o âmbito domiciliar, estendendo-se ao espaço hospitalar. Apesar de ser ainda o principal cuidador, essa característica predominante de gênero vem sofrendo transformações com o crescente envolvimento da mulher no mercado de trabalho. Essa mudança também é percebida nas características dos familiares acompanhantes no contexto hospitalar, cuja participação masculina foi representada por 14,4% do total da amostra¹¹⁻¹².

Com relação à idade dos sujeitos, assim como encontrado em outro estudo¹¹, verificou-se que a maioria dos acompanhantes apresentava faixa etária socialmente produtiva. Diante do envolvimento no cuidado ao paciente hospitalizado, o acompanhante que possui vínculo em-

pregatício comumente precisa se afastar do local de trabalho, configurando muitas vezes uma ameaça pessoal quanto à manutenção de seu emprego devido às necessidades de corresponder às exigências do empregador¹⁰. Nesta pesquisa, 39,9% dos acompanhantes possuía vínculo empregatício.

O baixo nível de escolaridade identificado na amostra reafirma a necessidade da busca pelo profissional de enfermagem sobre formas de orientação dos cuidados com o paciente, utilizando uma linguagem acessível, por meio de recursos didáticos que facilitem o processo ensino-aprendizagem, desenvolvendo no acompanhante o interesse do conhecimento⁸.

No que diz respeito ao vínculo familiar entre os acompanhantes/cuidadores e o paciente hospitalizado, verificou-se uma predominância nesse aspecto representando 90,2% os sem vínculo familiar representou 9,8 (amigos e sem vínculo) da amostra. Essa situação é motivada pela existência de laços afetivos, pelo sentimento de compromisso e responsabilidade com o seu familiar hospitalizado como forma de retribuição pelos cuidados recebidos na infância. Nesse sentido, cuidar dos pais ou esposa(o) pode representar um ato de solidariedade ou ser a única alternativa de garantir o cuidado ao doente^{10,13}.

Dentre os procedimentos preventivos observados, o mais prevalente foi a mudança de decúbito, não havendo periodicidade na sua execução, e sendo assim, impossível afirmar os benefícios proporcionados pela ação. De

acordo com estudo desenvolvido em Feira de Santana¹⁴, as medidas de prevenção à úlcera por pressão, assim como as demais lesões de pele, são relativamente simples e pouco dispendiosas, tendo como a mudança periódica de posicionamento do paciente como uma técnica simples, mas importante. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por cinco minutos a cada duas horas permite a adequada recuperação do tecido à agressão isquêmica e evita, muitas vezes, a formação da lesão¹⁴, vale salientar que existem outros fatores de risco potenciais⁹ para a ocorrência de UP tais como: perfusão e oxigenação; situação nutricional deficiente; aumento da humidade da pele, aumento da temperatura corporal, idade avançada, percepção sensorial prejudicada, avaliações hematológicas e estado geral de saúde.

O uso de métodos auxiliares (também conhecidos como medidas de suporte, ou suporte de apoio) foi identificado nesta pesquisa para prevenir a ocorrência de feridas cutâneas como travesseiros/almofadas, toalhas e lençóis. Tais medidas são geralmente direcionadas ao alívio da pressão de membros inferiores, mais especificamente na região do calcâneo. Embora o uso de toalhas e lençóis não apresente efeito preventivo efetivo confirmado por evidências científicas, inda são utilizadas vastamente na instituição pesquisada. Tal fato pode ser explicado pela ausência de travesseiros/almofadas suficientes para o paciente, visto que estes, quando utilizados adequadamente, ao longo da parte

posterior da perna evitam zonas de elevada pressão, em especial sob o tendão de Aquiles e flexionando ligeiramente o joelho evitam a compressão da veia poplítea e o aumento do risco de trombose venosa⁹.

Outras medidas consideradas como não eficazes e/ou inadequadas também foram observadas tais como: boias plásticas e emborrachadas nos mais diversos formatos, colchões de ar não pneumáticos e luvas de procedimento infladas com água^{13,14}. A utilização de tais superfícies ao entrar em contato com a pele, podem alterar o microclima, alterando a taxa de evaporação da humidade e a taxa de dissipação do calor da pele⁹.

Alguns estudos apontam o uso de colchões de ar e água, com a finalidade de sustentar o corpo do paciente e diminuir a pressão nas regiões das proeminências ósseas. No entanto, o peso não se distribui uniformemente, alterando com frequência o centro de gravidade do paciente sobre o leito. Além disso, estes equipamentos são produzidos com materiais que podem causar irritação cutânea como as luvas de procedimento feitas de látex, e, não se adequam às condições climáticas assumindo temperatura diferente da favorável para ocorrência do processo cicatricial, principalmente em ambientes tropicais com as boias e colchões de ar não pneumático ou água^{15,16}. O contato aumenta a taxa metabólica, induz a transpiração e diminui a tolerância do tecido à pressão¹⁷.

Com relação à periodicidade da troca de fraldas no paciente

realizada pelo acompanhante/cuidador, 22,9% afirmaram realizar sempre que havia urina ou fezes. Deve-se destacar que a troca adequada de fraldas, além de minimizar o risco de desenvolvimento de outras complicações como infecções⁶, também evita a ocorrência de umidade local, que embora não seja causa direta de ocorrência de UP representa um importante fator de risco e predisposição tecidual para tal⁹.

Quanto à localização das lesões, a maior prevalência foi na região sacral o que pode ser explicado devido esse segmento corporal ser submetido a maior pressão na posição dorsal, ou seja, à relação do pequeno pânículo adiposo e pequena base de apoio para a redistribuição da pressão. Diversos estudos mostram que aproximadamente 60% de todas as UP estão localizadas nesta região da pelve^{18,19,20}. Além disso, esta é considerada uma das regiões mais suscetíveis para o desenvolvimento de UP, devido sua proximidade de áreas de incontinência, por isso deve ser constantemente avaliada²¹.

A maioria dos participantes da pesquisa (89,5%) declarou não ter recebido orientação sobre prevenção de lesão de pele, e nem informações específicas sobre UP durante sua permanência hospitalar. No entanto, sabe-se que dentre as diversas formas da atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa é uma das principais estratégias na promoção a saúde visando oferecer possibilidades de transformação social e o profissional da área é o principal mediador para a re-

alização do processo de ensino-aprendizagem^{21,22}.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa sejam relevantes, com dados que configuram o cenário local, que podem servir como parâmetro para outras pesquisas desenvolvidas nesta temática. Contudo, algumas limitações devem ser referidas como o fato do instrumento utilizado ser baseado em respostas auto relatadas, e assim, a possibilidade de respostas não verdadeiras. Por se tratar de uma pesquisa transversal, torna-se impossível determinar o efeito causal dos resultados encontrados. Também cabe salientar que essa pesquisa foi aplicada em uma instituição pública, sendo, portanto os resultados restritos a esse público.

Conclusões

A maioria dos acompanhantes/cuidadores apresentou respostas compatíveis com os registros literários na identificação dos fatores de risco para ocorrência de lesões de pele, evidenciando que este grupo populacional possui, mesmo que informalmente, alguma bagagem de saberes sobre o tema.

Embora a amostra do estudo tenha variações sociodemográficas, de vínculo com o paciente e de rotina de visita aos setores avaliados; foi possível inferir que a maioria dos entrevistados utilizava algum tipo de medida preventiva para evitar a ocorrência da lesão de pele no paciente.

Como medida preventiva, além da inspeção diária da pele e identificação de fatores de risco, outras medidas consideradas corretas foram mencionadas

pelos participantes: manutenção dos lençóis esticados no leito, mudanças de posicionamento, troca de fraldas sempre que houver urina ou fezes, hidratação da pele, proteção da pele contra exposição de umidade e alívio dos pontos de pressão do corpo do paciente. No entanto, muitos acompanhantes/cuida-

dores relataram adotar medidas inadequadas e classificadas como prejudiciais pela literatura no que diz respeito à manutenção da integridade da pele.

Acredita-se que a implementação de programas de educação em saúde voltados à equipe multiprofissional é essencial, visto que, a prevenção de lesões de pele é

uma responsabilidade institucional, e a sua ocorrência, um efeito adverso. Somado a isto, o envolvimento do acompanhantes/cuidadores é muito importante, pois estando os mesmos emponderados sobre o tema, podem contribuir com a equipe de enfermagem para o alcance da qualidade do cuidado. ■

Referências bibliográficas

1. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Farias TYA, Nunes JP, Deodato OON, et al. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. *Rev enferm UFPE on line*. 2009; Oct/Dec;3(4):1005-12.
2. Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 267-277.
3. Stern A, Mitsakakis N, Paulden M, Alibhai S, Wong J, Tomlinson G, et al. Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care. *BMC health services research*. 2014; Vol. 14, p. 83.
4. Paim L, Trentini M, Madureira VSF, Stamm M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008 Jul-Set; 13(3):380-6.
5. Teixeira MLO, Ferreira MA. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. *Texto contexto Enfermagem, Florianópolis*. 2009;Out-Dez; 18(4): 750-8.
6. Vieira GB, Alvarez AM, Girondi JBR. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Rev. Eletr. [Internet]*. 2011; jan./mar;13(1):78-89.
7. Jacondino CB, Severo DF, Rodrigues KR, Lima L, EINHARDT RR, Amestoy SC. A educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. *Cogitare Enferm*. 2010; Abr/Jun; 15(2):314-8.
8. Alcoforado CLGC, Santo FHE. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de cruzeiro do sul, acre, REME – *Rev. Min. Enferm*. 2012; jan./mar;16(1): 11-17.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Disponível em: <http://www.npuap.org/>
10. Brasil. Resolução 466. 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Lana LD, Alvim NAT. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. *REME - Rev. Min. Enferm*. 2009; jan./mar;13(1): 28-33.
12. Wegner W, Pedro ENR. Concepções de saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras-leigas, acompanhantes de crianças hospitalizadas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; jan/fev; 17(1).
13. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004; v. 06, n. 02, p. 254-271.
14. Rios LC, Veloso IBP. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão em um Hospital Público de Feira de Santana, Bahia. *Rev Estima*. 2010; v. 8 (2) p. 20 – 27.
15. Carvalho LS, Ferreira SC, Silva CA, Santos ACPO, Regebe CMC. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2007; jan./jun. v.31, n.1, p.77-89.
16. Silva AAB, Francelino GA, Silva MFS, Romanholo HSB. A Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão por Fatores Extrínsecos em um Hospital Público no Município de Espigão do Oeste-RO. *Revista Eletrônica da Facimed*. 2011; jan/jul. v.3, n.3, p.352-362.
17. International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International, 2010.
18. Borges EL, Saar SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhaes MBB. Feridas: como tratar. 2a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008, p. 153-78.
19. Sanders LSC, Pinto FJM. Ocorrência de ulcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-ce. *REME – Rev. Min. Enferm*. 2012; abr./jun;16(2): 166-170.
20. Moro A, Maurici A, Valle JB, Zacliffe VR, Junior HK. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4): 300-4.
21. Rocha ABL, Barros SMO. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2): 143-50.
22. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Revista latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto. 2007; mar./abr; v. 15, n. 2, p. 337-343

Uso de creme contendo ácido hialurônico 0,2% na cicatrização de lesão cutânea: relato de experiência

Use of cream containing hyaluronic acid 0.2% In the treatment of diabetic foot: case report

Uso de crema que contiene ácido hialurónico 0,2% en el tratamiento del pie diabético: reporte de caso

Resumo

O objetivo deste estudo foi relatar experiência sobre tratamento de lesão cutânea traumática com o uso de creme de ácido hialurônico (AH) 0,2%, em idosa atendida em clínica-escola especializada no tratamento de feridas. Paciente de 93 anos sofreu lesão traumática na panturrilha esquerda, com rompimento da epiderme e exposição da derme. Inicialmente, foi submetida à limpeza diária das lesões e administração tópica de ácidos graxos essenciais durante 15 dias. Não houve sucesso na reparação cutânea. Em 17/05/16, foi realizada a avaliação da ferida. Esta se encontrava plana e com dimensões de 5,5 x 5,0 cm. Foi iniciado protocolo com limpeza diária (1x/dia) e aplicação de fina camada de AH 0,2% no leito e nas bordas da lesão, em domicílio com orientação da família pela enfermagem. Os resultados demonstraram que o uso tópico de creme com AH 0,2% proporcionou boa evolução após sete dias de uso, com diminuição da lesão: 4,0 x 3,5 cm, meio úmido e tecido de granulação. O protocolo foi mantido e reavaliado no dia 31/05/2016, demonstrando ótima evolução e redução das dimensões (1,5 x 1,0 cm). No dia 08/06/2016, a lesão estava totalmente cicatrizada. O AH demonstrou facilidade de manipulação e aplicação, tanto pela equipe de enfermagem quanto pelo próprio paciente e familiares. Mais ainda, proporcionou manutenção do meio úmido, proteção das bordas e boa tolerabilidade. O estudo contribuiu com a atenção domiciliar, humana e individualizada. As lesões cutâneas traumáticas apresentaram excelente cicatrização com poucos dias de tratamento com AH.

Descritores: Enfermagem; ferimentos e lesões; ácido hialurônico; cicatrização; técnicas de fechamento de ferimentos.

Abstract

The objective of this study was to report experience of treatment of traumatic skin injury with the use of hyaluronic acid (HA) cream 0.2% in elderly treated in the specialized school clinic in the treat-

Valéria Aparecida

Masson: Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas. Coordenadora e Professora do curso de Enfermagem da Faculdade de American;

Virginia Volpato:

Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade de Americana;

Natália Gonçalves:

Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);

Pedro Gonçalves de

Oliveira: Farmacêutico. Doutor em Fármacos e Medicamentos – FCF-USP. Especialista em Gestão e Economia em Saúde – CPES-UNIFESP;

João Cezar Castilho:

Farmacêutico. Mestre em Farmacologia. Professor do curso de Farmácia da Faculdade de Jaguariúna.

ment of wounds. 93 years old patient suffered traumatic injury on his left calf, with disruption of the epidermal and dermal exposure. Initially, the lesions were subjected to daily cleaning and topical administration of essential fatty acids for 15 days. There was no success in skin repair. On 05/17/16, the wound assessment was performed. This wound was flat and with dimensions of 5.5 x

5.0 cm. Protocol was initiated with daily cleaning (1x / day) and application of thin layer HA 0.2% in the wound bed and on the edges of the lesion, at home with the orientation of the family conducted by nurse. The results showed that the topical use of cream with HA 0.2% provided good evolution after seven days of use, with injury reduction: 4.0 x 3.5 cm, humid environment and granulation tissue. The protocol was maintained and reviewed on 31/05/2016, showing great progress and reduced dimensions (1.5 x 1.0 cm). The lesion was completely healed at day 08/06/2016. HA demonstrated to be easy of handling and application, both by nursing staff as by the patient and family. Moreover, it provided maintenance of humid environment, protection of borders and good tolerability. The study contributed to the human and individualized home care. Traumatic skin lesions showed excellent healing with few days of treatment with HA.

Descriptors: Nursing; wounds and injuries; hyaluronic acid; wound healing, wound closure techniques.

Resumen

Lo objetivo dese estudio Se objetivó presentar la experiencia del tratamiento de la lesión traumática de la piel con el uso de crema de ácido hialurónico (AH) 0,2% en personas de edad avanzada tratados en la clínica de la escuela se especializa en el tratamiento de heridas. Paciente con 93 años de edad sufrió una lesión traumática en la pantorrilla izquierda, con una interrupción de la exposición dérmica y epidérmica. Inicialmente, se sometió a una limpieza diaria de las lesiones y la administración tópica de ácidos grasos esenciales durante 15 días. No hubo éxito en la reparación de la piel. En 17/05/16, se realizó la evaluación de la herida. Esta posición plana, con dimensiones de 5,5 x 5,0 cm. Protocolo se inició con la limpieza diaria (1x / día) y la aplicación de capa fina AH 0,2% en el lecho de la herida y en los bordes de la lesión en el hogar com orientación por la enfermera. Los resultados mostraron que la crema para uso tópico con AH 0,2% demostraron buena evolución después de siete días de uso, con una lesión reducida: 4,0 x 3,5 cm, las condiciones húmedas y tejido de granulación. El protocolo fue mantenido y revisado el 31/05/2016, mostrando un gran progreso y reducidas dimensiones (1,5 x 1,0 cm). El 08/06/2016, la lesión se curó completamente. AH demostró la facilidad de manejo y aplicación, tanto por parte del personal de enfermería como por el paciente y su familia. Por otra parte, proporcionó el mantenimiento de ambiente húmedo, la protección de las bordes de la herida y buena tolerabilidad. El estudio contribuyó a la atención individualizada y humanizadas en el hogar,. Lesiones cutáneas traumáticas mostraron una excelente cicatrización con unos días de tratamiento con AH.

Descriptor: Enfermería; heridas y traumatismos; ácido hialurónico; cicatrización de heridas; técnicas de cierre de heridas.

RECEBIDO 17/08/2016 | APROVADO 25/08/2016

Introdução

O envelhecimento é marcado por inúmeras alterações funcionais que expõem o indivíduo ao surgimento de doenças crônicas. A pele do idoso apresenta inúmeras alterações fisiológicas como diminuição da espessura epiderme-derme; redução da elasticidade e da secreção de sebo pelas glândulas sebáceas; resposta imunológica comprometida; decréscimo do número de glândulas sudoríparas; diminuição do leito vascular com fragilidade dos vasos sanguíneos¹. Assim, evidencia-se que o idoso está mais propenso a lesões cutâneas com necessidade de cuidados específicos para a pele que atendam às alterações do sistema tegumentar². Portanto, a atuação do enfermeiro junto ao idoso portador de lesões de pele mostra-se primordial e visa promover condições de adequada cicatrização dos tecidos³.

A lesão cutânea traumática em idosos pode gerar dificuldade de aderência ao tratamento, muitas vezes por problemas cognitivos e autonomia, portanto se torna importante simplificar o tratamento. Sendo assim, após a ocorrência de uma lesão em pacientes idosos, a reparação tecidual de forma rápida torna-se de extrema importância para evitar futuras complicações.

Em estudo conduzido no Brasil comparando-se adultos e idosos portadores de lesões crônicas de pele fica evidenciado que o idoso tem uma capacidade funcional menor com relação ao manejo no tratamento. As perdas funcionais decorrentes do processo de envelhecimento refletem em vários fa-

tores que predispõem o indivíduo ao risco de declínio funcional e até mesmo a dependência total para as atividades da vida cotidiana⁴.

Outro Estudo realizado com 40 idosos atendidos em uma unidade de estratégia de saúde da família na cidade de Goiânia demonstrou que 50% dos sujeitos apresentavam a integridade da pele prejudicada evidenciada pela presença de lesões como escoriações, eritemas e descamações. Essas alterações de pele são desencadeadas por fatores coadjuvantes como extremos de idade, fatores imunológicos, alterações do turgor, metabolismo alterado, diminuição da sensibilidade, estado nutricional alterado, entre outros, que desencadeiam no idoso uma menor resistência às infecções e diminuição da imunocompetência tissular contribuindo para o aparecimento de lesões na pele mais profundas e comprometedoras e com o tempo de reparação tissular retardado⁵.

Em estudo de revisão integrativa de literatura acerca de diagnósticos de enfermagem apresentados por idosos foram detectados 105 diagnósticos dos quais, 22 relacionaram-se às alterações de pele próprias do processo de envelhecimento, como mobilidade física prejudicada (62,50%); integridade tissular prejudicada (50%); nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (43,75%) e risco de infecção (43,75%). A formulação de diagnósticos de enfermagem, seguida pela proposição de intervenções relacionadas com alterações cutâneas foi verificada em 50% dos artigos selecionados.

“ Há uma grande variedade de curativos disponíveis para os diferentes estágios de cicatrização de feridas. Eles podem ser classificados como: não absorventes, absorventes, desbridantes e autoaderentes, dentre outros. ”

Portanto, é de grande importância a sistematização da assistência de enfermagem aplicada às alterações cutâneas do idoso⁶.

Há uma grande variedade de curativos disponíveis para os diferentes estágios de cicatrização de feridas. Eles podem ser classificados como: não absorventes, absorventes, desbridantes e autoaderentes, dentre outros. Diversos curativos especializados são utilizados para proteger e acelerar o processo de reparação das úlceras por pressão⁷.

Em estudo de caso conduzido no interior do estado de São Paulo o ácido hialurônico a 0,2% foi utilizado como protocolo de tratamento para úlcera de pressão e apresentou ótimo resultado após 26 dias de tratamento com completa cicatrização da UP na região plantar. Além de excelente cicatrização e o estudo evidenciou rápida formação de tecido de granulação, alinhamento das bordas e reepitelização⁸.

O AH é um polissacarídeo



O estudo descreve experiência do tratamento empregado em lesão cutânea de paciente de 93 anos, que sofreu lesão traumática com rompimento da epiderme e exposição da derme.



versátil, polimórfico, encontrado principalmente na pele, com diversas funções biológicas, desempenhando papel importante na cicatrização de feridas⁹. Dos glicosaminoglicanos, o AH exerce função fundamental nas três fases da cicatrização, bem como na organização da matriz extracelular e na regulação do metabolismo¹⁰.

Embora o AH possua porções hidrofóbicas, ele é predominantemente hidrofílico, permitindo desta forma que a molécula de água interaja com o AH e mantenha o meio úmido e hidratado, condições ideais para a reparação tecidual⁹, principalmente em pacientes idosos, uma vez que, nesses casos, a pele começa a apresentar maior dificuldade de hidratação, com presença de rachaduras, entre outras complicações^{1,2}.

Com base no exposto o objetivo do presente trabalho foi relatar a experiência sobre o tratamento

de lesão traumática de pele na região da panturrilha esquerda, com o uso de creme a base de AH 0,2%, em idosa atendida em clínica de enfermagem da Faculdade particular da cidade de Americana, SP.

Métodos

Estudo descritivo exploratório, conduzido em clínica de Enfermagem de faculdade particular do município de Americana, SP.

A clínica de enfermagem pertence às clínicas integradas da Faculdade que integram serviços que são oferecidos aos usuários do SUS no município de Americana pelos cursos na área da saúde: enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia. Os serviços são oferecidos em caráter multidisciplinar com ações integradas entre os cursos. Os alunos do curso de enfermagem realizam atendimentos na clínica desde o segundo até o quarto ano do curso integrando as disciplinas práticas de ensino clínico no processo de cuidar do adulto e idoso, atendo a adultos e idosos portadores de lesões de pele agudas e crônicas, sendo que a maior parte dos pacientes atendidos são idosos portadores de lesões de etiologia vasculogênica.

O estudo descreve experiência do tratamento empregado em lesão cutânea de paciente de 93 anos, que sofreu lesão traumática com rompimento da epiderme e exposição da derme.

Inicialmente, a paciente foi submetida à limpeza diária das lesões com SF 0,9% e administração tópica de ácidos graxos essenciais (AGE) por 15 dias.

Em 17/05/16 (Figura 1), foi

admitida na clínica escola e realizada a avaliação da ferida. Esta se encontrava plana com dimensões de 5,5 x 5,0 cm. Foi iniciado protocolo com limpeza diária (1x/dia) e aplicação de fina camada de AH 0,2% (Hyaludermín® - TRB Pharma) no leito e nas bordas da lesão, em domicílio com orientação da família pela equipe de enfermagem. Esse protocolo foi avaliado periodicamente (a cada sete dias) e mantido até o fechamento da lesão.

As evoluções da reparação da lesão foram realizadas pelas enfermeiras responsáveis. Os resultados foram registrados em prontuários e por meio de fotos das lesões.

Resultados

O uso de tópico de AGE diariamente por 15 dias não apresentou efetividade na reparação desse tipo de lesão (Figura 1). Por outro lado, após a implementação do protocolo de curativos com a aplicação de creme dermatológico contendo AH em toda a extensão da lesão, foi observado boa evolução durante os 7(sete) primeiros dias de uso, com diminuição da lesão: 4,0 x 3,5 cm (51% da dimensão inicial), proporcionando meio úmido e formando de tecido de granulação, condições que contribuíram significativamente para cicatrização durante esses primeiros dias.

O protocolo com AH foi mantido e reavaliado no dia 31/05/2016, demonstrando ótima evolução e redução das dimensões da lesão (1,5 x 1,0 cm /5,50%) (Figura 2). No dia 08/06/2016, a ferida estava totalmente cicatrizada (Figura 3).



Figura 1: Lesão cutânea traumática. Início do tratamento com creme de AH 0,2%. Data: 17/05/2016.



Figura 2: Lesão cutânea traumática em tratamento com creme de AH 0,2%. Data: 31/05/2016.



Figura 3: Lesão cutânea traumática totalmente cicatrizada. Final do tratamento com creme de AH 0,2%. Data: 08/06/2016.

A Figura 4 ilustra a evolução do processo de cicatrização ao longo do tratamento.

O creme com AH demonstrou facilidade de manipulação e aplicação, tanto pela equipe de enfermagem quanto pelo próprio paciente e familiares, favorecimento da hidratação, manutenção do meio úmido, proteção das bordas e boa tolerabilidade. Não foi observado qualquer relato de dor pelo paciente durante a aplicação e/ou remoção do tratamento empregado, sem evidências de aparecimento de eventos adversos locais ou sistêmicos.

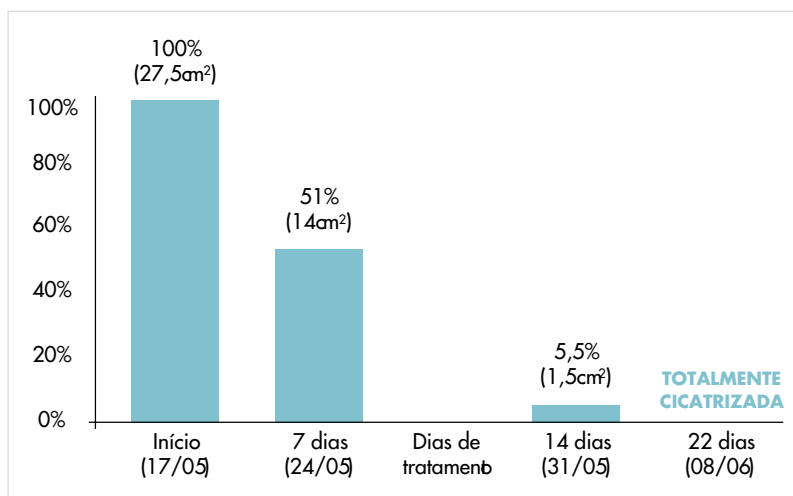


Figura 4: Evolução do processo de cicatrização ao longo do tratamento. O gráfico ilustra as dimensões da lesão ao longo do tempo e a porcentagem de cicatrização observada a cada visita.

Discussão

A necessidade de conhecimento do processo de senescência, pelo profissional enfermeiro, é de muita relevância na assistência dos pacientes idosos portadores de feridas. Algumas alterações fisiológicas do processo de envelhecimento são capazes de alterar as características da pele desses pacientes.

De acordo com estudos realizados com amostras de pele de indivíduos jovens e idosos, utilizando-se métodos de histomorfometria e autofluorescência, foi verificada redução significativa da espessura da epiderme e derme de indivíduos após os 60 anos de idade,

sugerindo que esses parâmetros não decrescem de forma contínua, mas decaem consideravelmente nas últimas décadas de vida. Mais ainda, esses autores identificaram redução progressiva da superfície de contato epiderme-derme ao longo da vida, bem como o aplanamento da junção dermo-epidérmica, associada à perda da distribuição em rede das fibras elásticas com sua progressiva fragmentação. Essas mudanças nem sempre seguem um perfil linear ao longo da vida¹.

Em uma revisão integrativa realizada em 2010, verificou-se que dentre os diagnósticos que se re-

lacionam diretamente com as alterações da pele do idoso, próprias do envelhecimento, encontram-se principalmente a integridade da pele prejudicada e a presença de pele seca. No caso das intervenções propostas nesse estudo, ressaltam-se a inspeção da pele, promoção de hidratação adequada, tratamento de lesões por pressão, realização de curativos, entre outras. A presença de pele rompida e pele ressecada foram alterações cutâneas relacionadas em 50% e 37,5% dos artigos avaliados, respectivamente².

Nesse sentido, a alternativa de uso de produtos com capacidade

de intervir ativamente na regeneração tecidual, hidratação e manutenção do meio úmido na pele dos pacientes idosos, pode ser viável.

O AH é um polímero com porções hidrofílicas. Essa propriedade de atrair moléculas de água lhe confere características elásticas e de amortecimento de impactos, devido a sua concentração no tecido cutâneo¹¹. Também pode contribuir para a manutenção do espaço extracelular, facilitando o transporte de nutrientes e íons. Na pele, essa propriedade é favorável e relevante no controle da hidratação do tecido durante a fase inflamatória do processo de cicatrização¹², contribuindo com a hidratação, a integridade e a reparação cutânea em pacientes idosos.

As moléculas de AH de baixo peso molecular (PM < 500kDa) são capazes de promover a angiogênese, útil na cicatrização de feridas.

Além disso, seu efeito sobre a inflamação está relacionado com as cadeias de polissacarídeos, em que o maior PM tende a apresentar atividade anti-inflamatória, enquanto que o PM inferior é mais propenso a propriedades pró-inflamatórias¹³. Assim, o uso exógeno de AH com PM baixo e específico empregado nesse estudo dispõe de ação pró-inflamatória, que abrevia a fase I do processo de cicatrização, e angiogênica, fundamental para a reparação tecidual.

Conclusões

Considerando os aspectos abordados e o êxito do tratamento tópico medicamentoso descrito neste caso, foi possível confirmar que os efeitos do creme de AH 0,2% no processo de cicatrização, especialmente em pacientes idosos, são de grande valor terapêutico, contribuindo inclusive com a ade-

rência ao tratamento e com a manutenção da integridade física e mental do paciente.

Os profissionais enfermeiros da clínica escola colaboraram imensamente com a atenção básica do paciente, sem necessidade de utilização da rede de atenção terciária, muitas vezes onerosa e susceptíveis à superlotação hospitalar, além de submeter o paciente a outros riscos, como infecções. A lesão cutânea traumática apresentou excelente cicatrização em poucos dias de tratamento com o AH 0,2%, o que demonstrou a sua importância para idosos portadores de lesões cutâneas de difícil resolução, evitando agravo do seu quadro clínico e possível internação. Outros estudos precisam ser conduzidos no sentido de confirmar esses resultados com número maior de sujeitos presentes nessa população. ■

Referências bibliográficas

- Oriá RB, Ferreira FVA, Santana ÉN, Fernandes MR, Brito GAC. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histomorfometria e autofluorescência. *An Bras Dermatol*. 2003;75(4):425-34.
- Freitas LDO. O processo de envelhecimento natural da pele do idoso: diagnósticos e intervenções de enfermagem [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Curso de Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Camacho, ALF et al. Evaluation of functional capacity in care of tissue injuries of adults and elderly patients. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2014; 6(1):17-26.
- Resende DM, Bachion MM, Araújo LAO. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm*. 2006;19(2):168-73.
- Freitas LDO, Waldman BF. O processo de envelhecimento da pele do idoso: diagnósticos e intervenção de enfermagem. *Estud. Interdiscipl. Envelhec*. 2011.16[edição especial]:485-497.
- Bhattacharya S, Mishra R K. Pressure ulcers: current understanding and newer modalities of treatment. *Indian J Plast Surg*. 2015; 48 (1): 4-16.
- Santos RM, Bento MMS, Roscito PHM, Oliveira PG, Castilho JC. Relato de caso: tratamento de paciente acometida por úlcera por pressão em região plantar utilizando creme contendo ácido hialurônico 0,2%. *Rev Feridas*. 2016; 04(18): 619-624.
- Ghatak S, Maytin EV, Mack JA, Hascall VC, Atanelishvili I, Rodriguez RM, Markwald RR, Misra S. Roles of Proteoglycans and Glycosaminoglycans in Wound Healing and Fibrosis. *Int J Cell Biol*. 2015;2015: 834893.
- Prosdociimi M, Bevilacqua C. Exogenous hyaluronic acid and wound healing: an updated vision. *Panminerva Med*. 2012; 54: 129-135.
- Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*. 2014;11(2):159-63.
- Liang J, Jiang D, Noble PW. Hyaluronan as a therapeutic target in human diseases. *Adv Drug Deliv Rev*. 2016 Feb 1;97:186-203
- Weindl G, Schaller M, Schäfer-Korting M, Korting HC. Hyaluronic acid in the treatment and prevention of skin diseases: molecular biological, pharmaceutical and clinical aspects. *Skin Pharmacol Physiol*. 2004; 17(5):207-213.

Uma revisão dos curativos contendo prata para o tratamento de feridas

A review of dressings containing silver for the treatment of wounds

Una revisión de los apósitos que contienen plata para el tratamiento de las heridas

Resumo

Ao longo dos tempos o tratamento de feridas avançou consideravelmente, em especial no que diz respeito ao manejo das feridas infectadas com o uso da prata. Considera-se ferida toda quebra na solução de continuidade da pele, por diversas causas, sejam traumáticas, biológicas e até autoimunes. A infecção no local da ferida é considerado um fator negativo para a evolução da cicatrização. Atualmente está amplamente disponível no mercado coberturas que utilizam a prata como agente bactericida e bacteriostático para o controle da infecção em feridas. O estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre as coberturas contendo prata para curativos. Desenvolveu-se uma revisão bibliográfica na literatura dos últimos 20 anos retratando as características e efeitos da prata, assim como dos curativos contendo esse metal, na área de tratamento de feridas. Foram incluídos no estudo periódicos científicos publicados em revistas indexadas, livros e sites de diversos produtos comercializados no Brasil e no exterior. Os resultados foram assim categorizados: curativos contendo prata; sulfadiazina de prata; carvão ativado; alginatos e hidrofibras; espumas e hidrocolóides; malhas recobertas com prata e tecnologias não disponíveis no Brasil. O estudo concluiu que o uso dos curativos com prata data de tempos remotos; que há uma variedade considerada de coberturas contendo prata para o uso em feridas; que o efeito antimicrobiano da prata é comprovado por diversos estudos; proporciona melhor relação custo-benefício; bem como o profissional deve estar habilitado para a escolha ideal de qual cobertura deverá utilizar, proporcionado bem estar ao paciente.

Descritores: Curativos, prata, cicatrização de feridas.

Abstract

Over time the treatment of wounds progressed considerably, in particular in the management of wounds infected with the use of silver. It is considered wound every break in the skin continuity, for various reasons, are traumatic, biological and even autoimmune. Infection at the wound site is considered a negative factor for the progress of healing. It is currently widely available on the market coverage using silver as bactericidal and bacteriostatic agent for controlling the infection in wounds. The study aimed to carry out a literature review on the dressings for dressings containing silver. Developed a literature review on the literature of the past 20 years portraying the characteristics and effects of silver, as well as the healing containing the metal in the wound care area. They were included in the study published in scientific journals indexed journals, books and websites of various products marketed in Brazil and abroad. The results

Marcelo Monteiro

Mendes: Enfermeiro, Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPA.

Anderson Alves de Araújo

de Lemos: Acadêmico do 6º período de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA.

were thus categorized: silver-containing dressings; silver sulfadiazine; activated charcoal; alginates and hidrofibras; hydrocolloids and foams; mesh coated with silver and technologies not available in Brazil. The study concluded that the use of dressings with silver date from remote times; there are considered a variety of coatings containing silver for use in wound; the antimicrobial effect of silver is established by several studies; It provides better value for money; and n reports to the need of the professional is qualified for optimal choice of what coverage you should use, providing welfare to the patient.

Descriptors: Dressings, silver, wound healing.

Resumen

Con el tiempo el tratamiento de heridas progresó considerablemente, en particular en el tratamiento de las heridas respiesito infectada con el uso de la plata. Se considera la herida cada ruptura en la continuidad de la piel, por diversas razones, son traumáticas, biológicos e incluso autoinmune. Infección en el sitio de la herida es considerado un factor negativo para el progreso de la curación. En la actualidad está ampliamente disponible en la cobertura de mercado utilizando la plata como bactericida y agente bacteriostático para controlar la infección en las heridas. El estudio tuvo como objetivo llevar a cabo una revisión de la literatura en las coberturas de los apósitos que contienen plata. Desarrolló una revisión de la literatura sobre la literatura de los últimos 20 años retratando las características y efectos de la plata, así como la curación que contiene el metal en el área de cuidado de heridas. Se incluyeron en el estudio publicado en revistas científicas indexadas revistas, libros y sitios web de diversos productos comercializados en Brasil y en el extranjero. Los resultados se clasifican por lo tanto: apósitos que contienen plata; sulfadiazina de plata; carbón activado; alginatos y hidrofibras; hidrocoloides y espumas; de malla recubierta con plata y tecnologías no disponibles en Brasil. El estudio concluyó que el uso de apósitos con plata fecha desde tiempos remotos; no se consideran una variedad de revestimientos que contienen plata para su uso en la herida; el efecto antimicrobiano de la plata se establece por varios estudios; Proporciona una mejor relación calidad-precio; y n informes a la necesidad de los profesionales se clasificaron para la elección óptima de qué tipo de cobertura que usted debe usar, proporcionando bienestar al paciente.

Descritores: Apósitos, plata, cicatrización de heridas.

RECEBIDO 20/05/2016 | APROVADO 26/06/2016

Introdução

Durante séculos, o tratamento de feridas evoluiu sempre com o objetivo de aperfeiçoar o processo de cicatrização, em relação à qualidade do tecido cicatricial e com menor tempo possível. Na pré-história vários agentes como extratos de plantas, água, neve, gelo, frutas e lama eram aplicados sobre as lesões ¹.

Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou em menor extensão,

causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica ². Sua classificação constitui importante forma de sistematização, necessária para o processo de avaliação e registro. Assim, as feridas podem ser classificadas, de acordo com o tempo de reparação tissular, em agudas e crônicas. As feridas agudas são originadas de cirurgias ou traumas e a reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações. As feridas crônicas são aque-

las que não são reparadas em tempo esperado e apresentam complicações ³.

Na promoção do processo de reparação dos tecidos, alguns fatores o influenciam como: os sistêmicos e locais. Entre os fatores sistêmicos, a idade, a imobilidade, o estado nutricional, doenças associadas e o uso de medicamentos contínuos, principalmente as drogas imunossupressoras, são os principais fatores de interferência. Esses fatores muitas vezes não podem ser eliminados, no entanto, podem ser

controlados. Dentre os aspectos locais destacam-se: a localização anatômica da ferida, a presença de tecido desvitalizado e/ou corpo estranho, uso de terapias inadequadas, e a presença de infecção^{4,5}.

O processo infeccioso local é o mais relevante fator de interferência negativa na cura de uma ferida. Além de determinar maior destruição de tecidos, retardar o processo de reparação e prolongar a fase inflamatória, a infecção pode comprometer a função dos tecidos, a estética ou ambos⁶.

No tratamento de feridas infectadas é fundamental a identificação do agente etiológico (microorganismo), bem como a escolha da terapêutica adequada, para que se possa otimizar o tratamento da lesão até a cura. Nesse sentido, já dispomos de coberturas para serem utilizadas nos curativos, que contém prata, como a tecnologia mais ampla e eficaz disponibilizada no mercado para o tratamento de lesões com presença de infecção. Sendo assim, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão teórica sobre as coberturas contendo prata, para curativos, disponíveis no mercado utilizados para o tratamento de feridas.

Métodos

Foi realizada uma revisão da literatura dos últimos 20 anos retratando as características e efeitos da prata, assim como dos curativos contendo esse metal, na área de tratamento de feridas. Foram consultados periódicos científicos publicados em revistas indexadas, livros e sites

de diversos produtos comercializados no Brasil e no exterior. Os dados foram categorizados para melhor auxiliar na produção do texto, e em seguida decodificados e transcritos para um computador.

Resultados

A utilização da prata surge na Idade Média, na purificação de água. Seu primeiro uso como curativo foi realizado em 1895 por *Halstead*. Há 150 anos foi difundido o uso do nitrato de prata, utilizado como antisséptico no tratamento de feridas⁷. A introdução dos curativos de liberação de prata é mais recente, 20 anos atrás. Hoje, uma variedade de curativos de prata são licenciados na Europa, nos Estados Unidos da América e no Brasil.

A prata é um metal inerte que não reage ao tecido humano na forma não ionizada; também não apresenta função biológica. A presença de umidade, fluidos na ferida e o exsudato, tornam a prata ionizada; a qual se liga a proteínas na superfície da célula, apresentando efeito antimicrobiano⁷. No caso da ferida o mecanismo de ação dos curativos contendo a prata envolve a absorção do metal na parede celular da bactéria através de um mecanismo de fagocitose, levando a danos irreversíveis na membrana e em organelas celulares, além de danos nos processos respiratórios, nos ácidos nucleicos, bloqueio no transporte e na alteração da estrutura de proteínas^{8, 9, 10, 11}.

Curativos contendo prata

Os curativos contendo prata exi-

bem características interessantes frente à infecção e à promoção da cicatrização, tais como: Efeito antibacteriano de amplo espectro no tratamento de feridas; barreira contra a reinfecção; controle do exsudato na ferida, do odor, do desconforto e da dor; são simples de aplicar e seguros^{9, 10, 11}.

Diversos estudos clínicos e experimentais alegam que os curativos de prata promovem a cicatrização de feridas através da promoção de hemostasia, reduzindo a inflamação e melhorando a reepitelização e a vascularização. Com relação à hemostasia, há estudos que apontam o aumento da concentração de cálcio local. A cerca da inflamação estudos apontam que a prata tem a habilidade de inibir a formação de matrizes de metaloproteínas. Estas proteínas tendem a aumentar em muitas feridas crônicas e podem impedir a cicatrização, pois levam a degradação de colágeno^{7, 11}.

Além disso, outro benefício dos curativos contendo a prata envolve a redução dos custos do tratamento total. Pelo tratamento convencional os custos com o curativo são menores (uso de gaze, por exemplo), por outro lado, os custos com demais medicamentos (antibióticos) e com recursos humanos (a enfermeira tem a necessidade de fazer mais trocas do curativo no paciente portador da ferida) são maiores, o que eleva o custo total do tratamento. Quando são utilizados curativos mais especializados (os curativos contendo a prata são um exemplo), embora se tenha um custo maior

para o curativo individualmente, o tratamento global ainda assim é menor se comparado a um tratamento convencional, pois os gastos com recursos humanos e com outros medicamentos são reduzidos.

Atualmente há a comercialização de diversos curativos de prata, apresentando eficácia e segurança comprovadas frente à Vigilância Sanitária. A variedade de opções de coberturas envolve o uso de sulfadiazina, carvão ativado, alginato, hidrofibras, espumas, hidrocolóides, malhas recobertas, filmes e hidrogéis. Saber avaliar a diferenciação e os benefícios entre essas coberturas para cada paciente influencia de forma significativa no sucesso do tratamento. Apresentamos a seguir cada uma dessas classes de acordo com a literatura e a comercialização desses produtos no mercado.

Sulfadiazina de Prata

A sulfadiazina de prata é um antimicrobiano tópico da classe das sulfanilamidas encontrado na forma de um creme branco (pomada hidrofílica), inodoro e hidrossolúvel, apresentando ação antimicrobiana de amplo espectro e ação indolor¹². Seu uso no tratamento de feridas data de 1968 e ainda é amplamente utilizado em diversos hospitais. Os produtos comercializados incluem Dermazine®, Pratazine®, Ag Derm®, Alividerm®, Silglos®, Sulfaderm®.

Apesar de bastante consolidado no mercado, a sulfadiazina tem a necessidade de frequentes trocas, (em média a cada 12 horas) e há risco de ar-



Diversos estudos clínicos e experimentais alegam que os curativos de prata promovem a cicatrização de feridas através da promoção de hemostasia, reduzindo a inflamação e melhorando a reepitelização e a vascularização



gria - condição em que há deposição de íons prata na pele. Há também estudos que relatam a toxicidade renal após aplicação da sulfadiazina de prata em creme¹³.

Carvão ativado

Curativo constituído por um tecido de carvão ativado impregnado com prata. A camada de carvão adsorve as bactérias, removendo-as eficazmente do leito da lesão, resultando em um efetivo controle do odor das feridas. A prata impregnada no tecido de carvão exerce efeito bactericida sobre os micro-organismos, auxiliando no controle da infecção da ferida. Porém, o carvão não possui uma capacidade de absorção significativa e não foi concebido para absorver o exsudato da ferida. É, portanto, necessário o uso de um curativo absorvente secundário

em feridas úmidas¹⁴.

O curativo é bem tolerado e, devido ao seu princípio puramente físico de limpeza da ferida, não oferece perigo de efeitos colaterais ou de desenvolvimento de resistência, como pode ocorrer com o uso de antibióticos. Exemplos disponíveis no mercado incluem Actisorb® e Curatec Carvão ativado com prata®.

Ainda nesse grupo temos uma nova tecnologia similar ao carvão ativado, porém que faz uso de um tecido que pode ser recortado, adequando-se aos diferentes tamanhos de feridas. Trata-se de um composto de tecido de carvão ativado impregnado com prata, prensado entre duas camadas de tecido rayon/poliamida¹¹. Há diversos produtos comercializados nos EUA e Europa, como Clinisorb. No Brasil há a comercialização apenas do Curatec Carvão ativado com prata recortável®.

Alginatos, hidrofibras

Essa classe de produtos tem como mecanismo de ação a capacidade de formar um gel não aderente que proporciona um meio úmido sobre a superfície da ferida e o alívio da dor, atuando na absorção de exsudato, promovendo o desbridamento autolítico, permitindo a remoção sem trauma para o tecido recém-formado e controlando a infecção devido à ação da prata. O produto deve ser combinado com um curativo secundário.

As coberturas dessa classe são constituídas por hidrofibras e alginato de cálcio e sódio. As duas classes atuam pelo mesmo

mecanismo de ação, formando o gel e absorvendo o exsudato. As hidrofibras e o alginato de cálcio formam um gel coeso. É importante saber que as hidrofibras caracterizam-se por um mecanismo de absorção vertical, sendo o exsudado absorvido para o interior da fibra, evitando a maceração da pele circundante à ferida. Destacam-se também as coberturas contendo alginato de cálcio, estas além de apresentarem as propriedades citadas acima, também apresentam o cálcio em sua constituição, o qual estimula a produção de fibroblastos acelerando a formação de um novo tecido e também apresenta efeito hemostático na ferida ¹¹.

Os produtos comercializados dessa categoria englobam Aquacel Ag[®] (compostos por hidrofibras) e Curatec Silver IV[®], Silvercell[®] e Askina Calgitrol Ag[®] (constituídos por alginato de cálcio).

Espumas e Hidrocolóides

As espumas e os hidrocolóides apresentam como propriedade principal a absorção do exsudato da ferida e a formação de ambiente úmido favorável à cicatrização, além de permitir respirabilidade através do curativo e não causar danos ao tecido recém-formado durante as trocas.

As espumas de poliuretano impregnadas com prata são revestidas por um filme de poliuretano impermeável a água e micro-organismos e permeável a vapor de água e gases. Devido à sua estrutura altamente porosa e sua afinidade pela água e líquidos corpóreos, quando em

contato com a ferida, a espuma absorve grande quantidade de exsudato e o retém em seus poros tornando-se hidratada ¹⁴. Exemplos no mercado envolvem Allevyn Ag Adhesive[®], Askina Calgitrol Ag[®], Contreet[®].

Os hidrocolóides são compostos por uma camada interna autoadesiva hipoalergênica, contendo hidrocolóides, poliisobutileno e conservantes, uma camada externa de filme de poliuretano, um *liner* e a prata. Quando em contato com o exsudato da ferida, a matriz elástica é capaz de absorvê-lo, formando um gel, que promove o desenvolvimento de um meio ambiente úmido otimizando o processo de cicatrização da ferida e permitindo a troca do curativo sem causar danos ao tecido recém-formado. A camada externa é permeável a gases e vapor d'água, porém funciona como barreira oclusiva frente a líquidos e microorganismos ao mesmo tempo em que proporciona uma barreira mecânica à

ferida. Exemplos incluem Contreet H[®].

Malhas recobertas com prata

Curativo composto por tramas de fibras recobertas com prata. São flexíveis, não aderentes e podem ser utilizados em contato direto com a ferida, garantindo a respirabilidade e provido uma barreira à entrada de micro-organismos. A prata presente na superfície das fibras do tecido combate os micro-organismos no leito da lesão, assim como previne que uma ferida limpa fique infectada. Os curativos disponíveis no mercado diferenciam-se quanto ao tipo de prata impregnada.

1. Prata Metálica

Curativos comercializados contendo prata metálica, envolvem Curatec SilverCoat[®] e Silverlon[®]. O mecanismo de ação envolve a conversão de prata metálica em prata iônica, em meio úmido. Os curativos apresentam espectro de ação contra uma série de micro-organismos, incluindo bactérias e fungos ¹⁵.

2. Prata Nano cristalina

Nesse grupo temos o produto Acticoat[®]. Embora a prata nanocristalina tenha como benefícios a eficácia elevada devido a alta área superficial de contato ¹⁶, ainda não são claros seus efeitos no organismo humano e os efeitos de sua absorção na circulação sistêmica. Estudos feitos por Riviere *et al* (2006) sugerem que a pele é surpreendentemente permeável aos nanomateriais e, no contato dérmico podem, inclusive, atingir o sistema linfático ¹⁷.

“ Atualmente há a comercialização de diversos curativos de prata, apresentando eficácia e segurança comprovadas frente à Vigilância Sanitária ”

Tecnologias não disponíveis no Brasil

1. Hidrogel

Curativo do tipo hidrogel contendo prata. Apresenta ação efetiva contra uma série de micro-organismos e também apresenta simples aplicação. Nos Estados Unidos temos a comercialização do Silvergel.

2. Filmes

São curativos adesivos transparentes contendo prata, são permeáveis a gases e vapores úmidos e impermeável à líquidos e bactérias. Indicado como curativo primário para as situações em que houve ruptura da epiderme e para a fixação de curativos primários que requeiram proteção e sejam barreiras contra fluidos, fixação de catéteres periféricos e centrais não contaminados e para proteção de tatuagens. Na Europa e EUA há a

comercialização de *Arglaes Antimicrobial Silver Film*.

Discussão e Conclusão

O uso da prata como curativo remete a tempos antigos, 1895 por *Halstead*. Desde então, sua disseminação como curativo cresceu de forma significativa e hoje há diversas coberturas disponíveis no mercado de tratamento de feridas que contém a prata em sua constituição. Sua ação como agente antimicrobiano é comprovada por diversos estudos, assim como a sua segurança como produto de saúde. Aliado a isto, o custo-benefício deste tipo de tratamento se demonstra bastante vantajoso para as clínicas e hospitais.

A variedade de coberturas contendo prata envolve curativos que promovem a umidade (hidrogel, alginato de cálcio e hidrofibras), outros que atuam de forma

eficaz na absorção de exsudato (espumas e hidrocolóides), curativos para proteção da ferida e que atuam como barreira à entrada de micro-organismos (filmes), coberturas com alta eficácia antimicrobiana (malhas impregnadas com prata), além da sulfadiazina de prata e demais coberturas tradicionais.

Diante dessa imensidade de coberturas disponíveis no mercado, é importante que o profissional de saúde, além de realizar uma análise detalhada dos fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente, também apresente um bom conhecimento das características de cada produto, de modo a proporcionar a escolha mais adequada do curativo a ser utilizado de acordo com o quadro clínico do paciente, contribuindo, assim, para o sucesso do tratamento. ■

Referências bibliográficas

1. Candido, LC. Livro do Feridólogo - Tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas, 2006.
2. Cesaretti, IUR. Processo fisiológico de cicatrização da ferida. *Pelle Sana*, 1998.
3. Santos, VLCCG. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.
4. Santos VLCCG. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.
5. Bryant, RA.; Acute and chronic wounds: nursing management. 2ª ed. St Louis: Mosby; 1992. p.105-63.
6. Lodovici, O. Fatores locais que interferem sobre a cicatrização. In: Netto AC. Clínica cirúrgica. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 139-44.
7. Lansdown, ABG.; "A review of the use of silver in wound care: facts and fallacies". *British Journal of Nursing*, 2004, vol 13, n.6
8. Lansdown, ABG.; "A guide to the properties and uses of silver dressings in wound care"; *Professional Nurse*, 2005, vol. 20, n. 5
9. Hermans, MH.; "Silver-containing dressings and the need for evidence"; *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 20, n. 3
10. Leaper, D. J.; "Silver dressings: their role in wound management"; *International Wound Journal*, vol. 3, n.4
11. Haynes, J.S.; Toner, L.; "Assessment and management of wound infection: the role of silver"; *Wound Care*, 2007, p6-p12
12. Ragonha, ACO.; Ferreira, E.; Andrade, D.; Rossi, L. A.; "Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1% utilizadas em queimaduras"; *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 julho-agosto; 13(4):514-21
13. Maillard, JY.; Denyer, SP.; "Focus on Silver"; *EWMA Journal*. 2006, vol. 6, n. 1
14. WHITE, R. J. Historical review of the use silver in wound management. *Br J Nurs.*, v.10, n.suppl, p:3-8. 2001
15. Kim, J S.; Kuk, E.; Yu, KN.; Kim, JH.; Park, SJ.; Lee, HJ.; Kim, SH.; Park, YK.; Park, YH.; Hwang, CY.; Kim, YK.; Lee, YS.; Jeong, DH.; Cho, MH.; *Nanomedicine* 2007.
16. Raffn, M.; Hussain, F.; Bhatti, T. M.; Akhter, J. I.; Ha-meed, A.; Hasan, M. M.; *J. Mater. Sci. Technol.* 2008, 24, 192
17. Ryman-Rasmussen J, Riviere J, Monteiro-Riviere N. 2006. Penetration of intact skin by quantum dots with diverse physicochemical properties. *Toxicol Sci* 91(1):159-165.

Tudo o que você espera dos curativos de espuma, com a exclusiva tecnologia AQUACEL™

11224



NOVO
AQUACEL™ Ag.
Foam

- Borda de silicone projetada para aderir à pele adjacente, não ao leito da ferida
- Disponível em vários tamanhos, adesivos e não adesivos
- O único curativo que oferece o conforto e a simplicidade da espuma aliados aos benefícios da tecnologia Aquacel™.

NOVO
AQUACEL™
Foam



Serviço de Atendimento ao Cliente

0800-7276-115
sac.brasil@convatec.com

Para mais informações visite www.convatec.com.br

AQUACEL, o logo Aquacel, ConvaTec, o logo ConvaTec, Hydrofiber e o logo da Hydrofiber são marcas registradas da ConvaTec Inc. e são marcas registradas nos E.U.A.
© 2012 ConvaTec Inc.

AP-011757-MM



AQUACEL Dressings
TRIED. TRUE. TRUSTED.™

ConvaTec



Neve, você sente a qualidade.

Desde 1986, fabricamos produtos de qualidade reconhecidos por profissionais de saúde como soluções eficientes e econômicas de tratamento.

Em 2013, a BSN medical adquiriu a Neve, agregando ainda mais valor e qualidade a esta relação de confiança. Hoje, contamos com experiência global, investimento em Pesquisa & Desenvolvimento e foco em inovação, que resultam em um amplo portfólio de soluções para o tratamento de feridas, terapia compressiva e ortopedia não-invasiva para melhor atender nossos clientes e seus pacientes.



www.neveline.com.br
SAC 0800 70 45415
sac@bsnmedical.com

