

REVISTA FERIDAS

crédito: Can Stock Photo

Entrevista

V Congresso Brasileiro de
Prevenção e Tratamento
de Feridas

Artigos

DACC – Nova tecnologia
no gerenciamento da
infecção em feridas

O Enfermeiro na avaliação
das úlceras por pressão

Uma revisão dos curativos
contendo prata para o
tratamento de feridas

Artigo

Humanização na
assistência aos pacientes
com feridas crônicas:
limites e possibilidades

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





Para Feridas de Pé Diabético



Porque Escolher entre utilizar uma Bota para Alívio de Pressão e o Sistema de Terapia V.A.C.® ?

Associe as 2 melhores opções.

Agora com o novo Curativo V.A.C.®
GranuFoam™ Bridge você não terá mais que escolher.



Terapias combinadas ajudam a melhorar a mobilidade do paciente, permitindo que retomem as atividades diárias.

Para informações sobre a Terapia V.A.C.®, entre em contato com a KCI pelo site www.kcibrasil.com.br ou pelo telefone 0800 942 3170



NOTA: Existem indicações específicas, contra-indicações, advertências, precauções e informações de segurança para os produtos e terapias KCI. Por favor, consulte um médico e as instruções de uso do produto para uma aplicação adequada. Somente por prescrição médica.

Licenciamento KCI ©2009, Inc. Todos os direitos reservados. Todas as marcas registradas aqui apresentadas são propriedade do Licenciamento KCI, seus afiliados e/ou licenciados. Este material destina-se aos profissionais da saúde.

Bota para alívio de pressão não é aprovada pela KCI. Consulte tratamentos médicos para a utilização ou não utilização da bota para alívio de pressão com a Terapia V.A.C.®.

Editora MPM Comunicação

Av.Yojiro Takaoka, 4384, Sl. 705
 Conjunto 5209, Santana do Parnaíba / SP
 Cep: 06541-038
 Tel: +55 (11) 4152-1879

Diretora

Maria Aparecida dos Santos

Coordenadora editorial

Marina Moura
 marina.moura@mpmcomunicacao.com.br

Publicidade

Maria Aparecida dos Santos
 maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

Arte e diagramação

Andressa Lima
 andressa.lima@mpmcomunicacao.com.br

Marketing e eventos

Raquel Pereira Lima

Bibliotecária

Michele Mologni - CRB 8-6204

Assinaturas

Lucas Pereira Soares
 assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

Gerente financeiro

Carlos de Sa

Atendimento ao assinante

atendimento@revistaferidas.com.br

Produção gráfica

Felipe Araujo

Impressão

HROSA Gráfica e Editora LTDA.

Conselho Científico Revista Feridas

ÁIDA CARLA SANTANA DE MELO. Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde (UFSE). Doutoranda em Ciências da Saúde (UFSE). Professora da Universidade de Tiradentes (desde 2005). Hospital de Urgência de Sergipe (Serviço Pediátrico). **CARLA CRISTINA ARAÚJO.** Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Biológicas (Fisiologia) pelo Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (UFRJ). Doutoranda em Ciências Biológicas (Fisiologia) pelo Instituto de Ciências Básicas 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. **CARLOS EDUARDO VIRGINI MAGALHÃES.** Médico. Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (Regional RJ). Doutor pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2004). Secretário geral do capítulo brasileiro da *Society for Vascular Surgery* (SVS). Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e coordenador da disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Ciências Médicas (Hospital Universitário Pedro Ernesto). **DANIELE VIEIRA DANTAS.** Enfermeira e administradora (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 Colaborador da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e médico do Hospital Escola Wladimir Arruda. **DILMAR FRANCISCO LEONARDI.** Médico. Cirurgião plástico. Presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras. **FRANCISCO LOPES MOREIRA TOSTES.** Médico. Membro especialista e titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Preceptor do Serviço 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 (Évora/Portugal). Doutor em Enfermagem (EERP/USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa PQ2/CNPQ (2009-2012 e 2012-2015). Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **GUSTAVO PREZZAVENTO.** Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Alemão de Buenos Aires. Secretário da Sociedade de Cirurgia Plástica de Buenos Aires. Diretor do Curso Superior de Queimaduras UCA. Membro titular da Sociedade Argentina de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva e da Sociedade de Cirurgia Plástica de Buenos Aires. **JOSÉ MARIA PEREIRA DE GODOY.** Médico. Angiologia e Cirurgia Vascular. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Livre Docente pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2005). Criador da Técnica de Drenagem Linfática Godoy. Médico diretor da Clínica Godoy & Godoy. Reabilitação Linfovenosa. **LUCIANA FRUTUOSO DE OLIVEIRA.** Enfermeira. Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho (ênfase em Epidemiologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA). **LUIZA WILMA SANTANA DA SILVA.** Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem (UFSC), com período de estudos em Londres, Inglaterra. Professora Titular da UESB (Jequié/BA). Docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA. Coordenadora do Projeto de Extensão. **MAIRA MERCES BARRETO.** Farmacêutica. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB/BA). Habilitação em Farmácia Industrial pela Universidade Federal da Bahia. Professora Assistente do curso de Farmácia da UESB. **MARA BLANK.** Enfermeira. Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFeE). **MARCELO GIOVANNETTI.** Cirurgião plástico do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Israelita Albert Einstein. **MARCELO MATTELO.** Médico. Doutor pela Faculdade de Medicina USP. Chefe de enfermagem do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Preceptor de residentes em Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. **MARCOS BARRETO.** Médico. Coordenador do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração. **MARIA DE FÁTIMA PEREIRA GODOY.** Terapeuta ocupacional. Doutora. Professora Convidada da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERPE). Coordenadora da área de Reabilitação Linfovenosa da Clínica Godoy em São José do Rio Preto. Godoy & Godoy *International School of Lymphatic Therapy*. **MARIA JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA.** Química. Doutora em Ciência com ênfase em Tecnologia Nuclear de Materiais. Mestre em Ciência com ênfase em Tecnologia Nuclear de Materiais (USP). Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN). **MARINA DE GÓES SALVETTI.** Enfermeira. Pós-Doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte com bolsa CAPES. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da EEUSP (2010). Realizou o Programa "International Nursing PhD Collaboration" (INPhD) e doutorado "sanduíche" com bolsa CAPES na *Bloomberg Faculty of Nursing (University of Toronto)*. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. **MAURÍCIO JOSÉ LOPES PEREIRA.** Médico. Doutorando em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental (UFSP). Professor Associado II da UFSC. Membro titular da Sociedade Brasileira de Educação Médica. Chefe da Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SC). **PAUL GLAT.** Médico. Membro da equipe do Hospital *Sf. Christopher* para Crianças, onde é diretor de fenda palatina, de programas craniofaciais e da Unidade de Queimados. **PAULO ALVES.** Médico neurologista. Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Membro titular da Academia Brasileira de Neurologia. Membro da Academia Brasileira de Neurofisiologia Clínica. **RICARDO ROA.** Cirurgião plástico. Chefe da Plástica e Queimaduras do Hospital do Trabalhador do Chile. Representante da Sociedade Internacional para o Sul Queimadura América. **ROBERTA AZOUBEL.** Doutora em Ciências da Saúde UFRN/RN. Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB/BA). Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar no Tratamento de Feridas da UESB (desde 2005). **ROGÉRIO NORONHA.** Cirurgião plástico. **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 de Santa Cruz e Coordenadora Operacional do DINTER em Enfermagem EERP/USP/UFMA/UESC. **SANTIAGO LABORDE.** Cirurgião-geral. Coordenador cirúrgico da Unidade de Queimados no Hospital Nacional de Pediatria "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", na Argentina. **SERGIO TIOSSI.** Cirurgião vascular no Higienópolis *Medical Center*. **SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR.** Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social. Docente Adjunto da Universidade Anhanguera de São Paulo. **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. **WALTER SOARES PINTO.** Médico. Coordenador da Hemodinâmica do Hospital César Leite de Minas Gerais.



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.





Edição 16

Ano 2016

Mês Janeiro/Fevereiro

Capa Foto ilustrativa/Can Stock Photo

Sumário

06 Editorial

06 Agenda

07 Notícias

08 Entrevista

Artigos

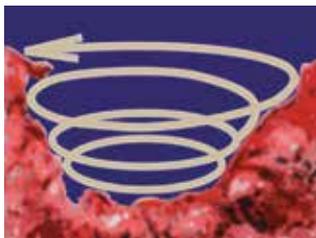
10 **Enfermeiro na avaliação das úlceras por pressão**
The nurse in the ulcer pressure
La enfermera en la evaluación de las úlceras de presión
Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior e Maria Jocely Rodrigues de Lima Oliveira

16 **DACC – Nova tecnologia no gerenciamento da infecção em feridas**
DACC - New technology in the management of infection in wounds
DACC - Nueva tecnología en el tratamiento de la infección en las heridas
Elaine Alboledo Monteiro

23 **Humanização na assistência aos pacientes com feridas crônicas: limites e possibilidades**
Humanization in patients with wound care to chronic: limits and possibilities
Humanización en pacientes con cuidado de heridas crónicas: de limites y posibilidades
Lídia Maria Santana Bispo de Jesus e Cristiane Pereira Novaes

30 **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 e Anderson Alves de Araújo de

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 SEM PRESCRIÇÃO 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

Feridas crônicas e o cuidado: para onde caminham?

Nesta edição da Revista Feridas trazemos artigos que abordam temas relevantes como: feridas crônicas e infecção, uso de antimicrobianos sistêmicos e locais (prata), humanização da assistência (interdisciplinaridade) e novos rumos e perspectivas para tratamento de feridas. Os conteúdos vão de encontro à discussão anual escolhida no Congresso de maior coro da Enfermagem brasileira, o 67º CBEEn, que ocorreu em outubro em São Paulo, o qual noticiamos aqui junto com outro importante evento da saúde, o V Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas, da SOBEN-FeE. Diante da perspectiva do tema "Para onde caminha a Enfermagem Brasileira?", levado ao 67º CBEEn, destaco um dos projetos realizados por nosso Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem (GPIPE), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O grupo estuda a qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas com o objetivo maior dos resultados serem utilizados para a formulação de protocolos de assistência multidisciplinar e de novas

práticas de intervenções nesta área, objetivando a melhoria da qualidade da assistência e de vida desta população e seus familiares.

As feridas, em especial em nossa experiência de pesquisa, a úlcera venosa (UV), como lesão crônica, afeta ambos os sexos, com predominância para o feminino e sua ocorrência aumenta com a idade.

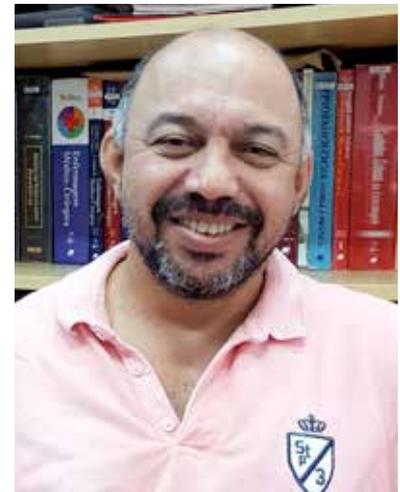
A assistência e o tratamento exigem condutas específicas para cada situação e profissionais capacitados, técnica e cientificamente, para o acompanhamento do processo de cicatrização que são o resultado final, mas não devem ser o único objetivo do cuidado.

Nossa profissão, por ser prestadora de serviços, se depara com desafios no tema de cuidados a feridas para a passagem para o novo milênio, no qual avanços tecnológicos e protocolos de intervenções são necessários, objetivando a manutenção da ética e a segurança do paciente.

Entre um dos desafios da enfermagem ao lidar em equipe multiprofissional e como inovação do cuidado, pode-se incluir o manejo das feridas crônicas. Trata-se de um saber próprio da profissão, mas que

nos últimos tempos tem crescido na pesquisa com o desenvolvimento de protocolos de intervenções com outros profissionais.

Por fim convidamos todos a ler e contribuir com a produção de conhecimentos para esta revista. Bom início de ano a todos! ■



Gilson de Vasconcelos Torres
Conselheiro editorial da Revista Feridas. Pós-Doutor em Enfermagem (Évora/Portugal). Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
(Com colaboração de Aline Maino Pergola-Marconato e Thalyta Cristina Mansano Schlosser)

AGENDA

JANEIRO

26 a 29

11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Lisboa
- Portugal

www.11cnps.iscte-iul.pt

MARÇO

13 a 16

WCET 2016 (World Council of Enterostomal Therapists)
África do Sul

www.wcet2016.com/

67° CBEEn e 4° CLAHEn em São Paulo

Tema “Para onde caminha a enfermagem brasileira?” conduziu congresso deste ano

O 67° CBEEn (Congresso Brasileiro de Enfermagem), que este ano aconteceu junto ao 4° CLAHEn (Colóquio Latino-Americano de História de Enfermagem), reuniu enfermeiros, técnicos, auxiliares e estudantes de enfermagem, dentre outros profissionais do setor, no Centro de Convenções Anhembi, em São Paulo.

Promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) e realizado pela ABEn-SP, o evento aconteceu de 27 e 30 de outubro e estima-se que tenha recebido 3700 congressistas e 168 palestrantes. Foram oferecidos 18 cursos e chegaram a 2800 os trabalhos apresentados.

O tema que norteou o 67° CBEEn, “Para onde caminha a enfermagem brasileira?”, foi trabalhado em quatro grandes eixos, que trataram de pontos como políticas de saúde e educação no mundo globalizado, práticas de saúde e enfermagem frente



crédito: ABEn-SP

às necessidades da população, entre muitos outros.

Quem participou do congresso, gostou e quer voltar e aqueles que não participaram mas pretendem, já podem ir se programando para o ano que vem. O 68° Congresso Brasileiro de Enfermagem, que será organizado pela ABEn-DF, vai acontecer de 27 a 30 de outubro de 2016. Programe-se!

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 autoplágio. 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 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. Ensaios clínicos devem apresentar o número do registro ao final do resumo e ter um máximo de 15 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



V Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas reúne participantes do Brasil e do mundo em intensa troca de conhecimentos

Congresso promovido pela SoBENFeE foi realizado de 24 a 27 de novembro em Florianópolis (SC). O evento dividiu espaço também com I Congresso Debra Brasil, I Fórum de Práticas Integrativas e II Fórum de Enfermagem Estética.

Marina Moura



Alcione Matos de Abreu

Vice Presidente da SOBENFeE. Editora-chefe da Revista enfermagem Atual In derme. Doutoranda do programa de pós-graduação da UFF (Universidade Federal Fluminense).

O V Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas, que aconteceu de 24 a 27 de novembro em Florianópolis junto do I Congresso Debra Brasil, I Fórum de Práticas Integrativas e II Fórum de Enfermagem Estética, contou com 2.200 inscritos, 570 pôsteres e mais de 120 palestrantes.

O conteúdo científico do evento ainda está fresco na cabeça dos participantes e a SOBENFeE (Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética), que realiza o congresso, já está programando o

próximo, que acontece em 2017, em Salvador.

Enquanto isso o Rio de Janeiro recebe em 2016 um simpósio sobre feridas que vai servir de aquecimento para o congresso. Conheça um pouco mais da organização dos eventos, realizados e futuros, na entrevista abaixo com a vice-presidente da SOBENFeE.

Revista Feridas - O que a SoBENFeE mais esperava que o congresso fornecesse a seus participantes nesta edição? A meta foi cumprida?

Enf^o Alcione - Sim, nós conseguimos. A meta da SoBENFeE era

fornecer não só conhecimento científico, mas acesso à enfermagem Internacional, o que os enfermeiros geralmente não têm no cotidiano.

Revista Feridas - Qual foi a estimativa de público? Vocês sentiram que os participantes estavam engajados?

Enf^o Alcione - Inscritas foram 2.200 pessoas. Sim, sentimos que estavam engajados, as salas estavam lotadas. Aconteceram muitas atividades ao mesmo tempo. Nós tivemos 570 pôsteres, alunos ou profissionais que apresentaram seus trabalhos.

As pessoas estão querendo discutir pesquisas, relatos de caso, então para elas o congresso foi um grande achado. Tivemos 14 palestrantes internacionais e mais de 120 palestrantes internacionais. Foram três dias, três salas e três eventos acontecendo ao mesmo tempo.

Revista Feridas - A organização preparou algo diferente para o congresso deste ano?

Enf^o Alcione - A gente lançou duas campanhas, a campanha "Adote uma lesão – Ferida têm alma" e "Diga não às úlceras por pressão". Então a ideia era fornecer não só acesso a palestras e cursos, mas também dar um cunho social.

Revista Feridas - E como foram essas campanhas, como vocês fizeram?

Enf^o Alcione - As campanhas aconteceram dentro do programa. A "Adote uma lesão", por exemplo, é fruto de uma ideia da enfermeira Neida Luiza Pellenz, do Rio Grande do Sul, que a criou junto com a Mara Blanck [presidente da SOBENFeE]. A enfermeira Emilene Socorro, da Bahia, foi responsável pelo marketing.

O objetivo geral da campanha foi que cada enfermeiro, cada profissional de saúde, adotasse um paciente que pudesse ter um risco para desenvolver uma ferida ou que tivesse uma já instalada. Que o profissional tivesse um cuidado com este paciente de forma mais humanizada, com carinho, até a reabilitação, como se fosse adotar esse paciente, falar que a ferida também é dele, não é um dado social, político.

Revista Feridas - Para alcançar sua quinta edição, o congres-

so teve que funcionar, ou seja, atrair participantes, parceiros e palestrantes. Como o evento chegou até aqui?

Enf^o Alcione - O comprometimento de todos da SOBENFeE, foi de extrema importância para o sucesso do V Congresso Brasileiro. A gente começa a pensar em um congresso quando o outro acaba. Então é um trabalho de mais ou menos dois anos. O nosso sexto congresso [2017] será em Salvador, mas antes disso sempre fazemos um evento antes, um simpósio, que em 2016 será realizado no Rio de Janeiro. O simpósio acaba nos ajudando a repensar e organizar o congresso. Então agora nosso foco é o simpósio carioca, que vai acontecer de 28 a 30 de julho no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, no Botafogo.

Revista Feridas - Por que, dentro do tema feridas, optou-se por focar em "Feridas e conflitos" nesta edição? Qual a importância do recorte?

Enf^o Alcione - Quando a gente recebe o paciente pode haver conflito no atendimento. De quem é esse paciente? O paciente é do médico, do cirurgião, da Nutrição? Se ele precisar de um debridamento, de uma amputação, começa o conflito. A questão é que o paciente devia ser de uma equipe interdisciplinar, e que todos trabalhassem juntos.

É necessário refletir sobre os dilemas enfrentados diariamente na prática dos profissionais de enfermagem na prevenção e no tratamento de feridas crônicas. É preciso aliar o comprometimento com o cuidado ao conhecimento científico baseado em evidências.

As feridas do corpo são curadas

com tratamento local e sistêmico, de acordo com a evidencia científica. "As feridas da alma" são curadas com atenção carinho e paz, como diz Machado de Assis.

Revista Feridas - Palestrantes de diversos países estiveram presentes no congresso. Você acredita que a troca de informações e experiências internacionais sobre feridas tem se intensificado?

Enf^o Alcione - Tem, tem. Nós tivemos palestrantes por exemplo da NPUAP [National Pressure Ulcer Advisory Panel], que é um órgão internacional que fala de úlceras por pressão. E existe nos Estados Unidos um órgão de enfermagem chamado Dermatology Nurse, de onde veio uma enfermeira que nos trouxe a experiência da enfermagem praticada no país.

A Mary Sieggren, da NPUAP, falou da importância das sociedades se ajudarem na prevenção das úlceras por pressão. Tivemos palestrantes da Espanha, da Malásia (Harikrishna K.R Nar), da Itália (Ellia Ricci)...

Além disso tivemos palestrantes de Portugal que ministraram cursos pré-congresso, que receberam muitos elogios.

Revista Feridas - E a gente tem conseguido levar informações sobre tratamentos de feridas e prática lá para fora?

Enf^o Alcione - Tem. Na SOBENFeE quem faz a parte de relações internacionais é a Silvana Vivacqua, que também é nossa tesoureira. Ela está sempre participando de congressos internacionais representando a SOBENFeE. O Brasil sempre é lembrado em congressos internacionais através da SOBENFeE. ■

O Enfermeiro na avaliação das úlceras por pressão

The nurse in the ulcer pressure

La enfermeira em la evaluación de las úlceras de presión

Sérgio Luis Alves de Moraes

Júnior: Enfermeiro. Mestre em Reabilitação. Aluno do Programa de Doutorado em Biotecnologia e Inovação em Saúde. Docente Adjunto da Universidade Anhanguera de São Paulo.

Maria Jocely Rodrigues de Lima Oliveira:

Enfermeira pela Universidade Anhanguera. Residente do Programa de Transplante e Captação de Órgãos da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Especialista em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Recuperação Anestésica.

Resumo

Pesquisa com o objetivo de apresentar como o enfermeiro deve avaliar as úlceras por pressão. Estudo de revisão sistemática da literatura, nas bases de dados nacionais e internacionais. A pele é o maior órgão do corpo, e dentre suas funções, está a de ser uma barreira de proteção contra agressões externas. Ferida é qualquer tipo de lesão que danifica a estrutura da pele, podendo levar a agravos indesejados, estas podem ser mecânicas, químicas ou patológicas, sendo em algumas situações evitáveis. Dentre as feridas, enfocou-se as úlceras por pressão (UPP), consideradas em grande maioria iatrogênicas, podendo ser associadas a má qualidade da assistência a pacientes acamados ou com déficit de mobilidade. Mundialmente, as UPP são um desafio, e no Brasil, mesmo com os avanços biotecnológicos, possuímos alta incidência das mesmas nas internações hospitalares, em instituições de longa permanência e até mesmo na assistência domiciliar. O enfermeiro é o profissional diretamente ligado aos pacientes com feridas, onde, a assistência começa com uma avaliação completa e um tratamento prescrito individualizado, com a perspectiva de um resultado positivo, tendo em vista que uma boa anamnese e exame físico, aliados ao conhecimento científico, servem de alicerce para que um cuidado exímio seja prestado. Cabe aos profissionais de saúde aperfeiçoarem seus conhecimentos, para uma assistência livre de danos decorrentes de quaisquer causa, objetivando à prevenção e recuperação dos pacientes.

Descritores: Úlcera por pressão; Assistência de Enfermagem; Ferida.

Abstract

Research in order to show how the nurse should evaluate pressure ulcers. Systematic review of the literature in national and international databases. The skin is the body's largest organ, and one of its functions is to be a protective barrier against external aggression. Wound is any injury that damages the skin structure and can lead to unwanted health problems, these can be mechanical, chemical or pathological, and in some cases preventable. Among the wounds, focused up pressure ulcers (UPP), considered mostly iatrogenic and sometimes associated with poor quality of assistance or bedridden patients or those with mobility impairment. Worldwide, the UPP are a challenge, and in Brazil, even with biotechnological advances, we have high incidence of them in hospital admissions in long term care facilities and even in home care. The nurse is the professional directly linked to patients with woun-

ds, where the service begins with a thorough assessment and a prescribed individualized treatment, with the prospect of a positive result, given that a good history and physical examination, together with the scientific knowledge, serve as the foundation for a skilled care. It is up to health professionals enhance their knowledge, for a service free of damage from any cause, aiming at prevention & cc mayor, will and recovery of patients.

Descriptors: Pressure ulcers; Nursing Care; Wound.

Resumen

Investigación con el objetivo de presentar cómo la enfermera debe evaluar las úlceras por presión. Estudio de revisión sistemática de la literatura, en bases de datos nacionales e internacionales. La piel es el órgano más grande en el cuerpo, y una de sus funciones, debe ser una barrera protectora contra las agresiones externas. Herida, es cualquier tipo de lesión que daña la estructura de la piel, y puede llevar a provocaciones no deseadas, éstos pueden ser mecánicos, químicos o patológicos, siendo en algunos casos pueden prevenirse. Uno de los heridos, se centró en las úlceras por presión (UPP), en gran mayoría, que puede estar asociada con yatrogénica, pobre calidad de cuidado de pacientes postrados en cama, o con discapacidades de movilidad. En todo el mundo, la UPP es un desafío, y en Brasil, incluso con los avances biotecnológicos, tenemos alta incidencia del mismo en hospitalizaciones, en instituciones de larga estancia e incluso en atención domiciliaria. La enfermera, es el profesional conectada directamente a los pacientes con heridas, donde la asistencia comienza con una evaluación exhaustiva, y un tratamiento individualizado prescrito, con la perspectiva de un resultado positivo, desde una buena anamnesis y examen físico, aliado a conocimiento científico, sirven como se proporciona una base para un cuidado experto. Es para profesionales de la salud mejoran sus conocimientos, a una asistencia libre de daños por cualquier causa, con el objetivo de la prevención y recuperación de los pacientes.

Descriptorios: Úlcera por presión; Atención de enfermería; De la herida.

Introdução

Existem muitos tipos de feridas, podendo ser classificadas em acidentais ou traumáticas, superficiais ou profundas, agudas ou crônicas, mecânicas, queimaduras, feridas operatórias, úlceras (varicosas, por pressão, químicas, radioativas, oncológicas e afins).^{1,2}

Podemos nos referir a uma ferida, quando há lesão em quaisquer tecidos da pele, levando à deformidades, ou quebra na solução de continuidade, o que ocasiona danos na epiderme, derme e hipoderme, de acordo com a camada atingida, e com os tecidos apresentados na lesão, classifica-se o estágio da ferida.^{2,3,4}

Apesar dos avanços da ciência e

da tecnologia a favor das terapias, juntamente à evolução da indústria farmacêutica, nos hospitais e clínicas especializadas as feridas são realidade e causam diversos danos físicos, fisiológicos e psíquicos nos pacientes, podendo acarretar uma permanência prolongada durante a internação, imprevista no início do tratamento, ocasionando maiores custos financeiros e psíquicos no doente e seus acompanhantes.^{1,5}

A incidência com feridas eleva o custo das terapias, retarda o retorno ao convívio social, e ainda ocasiona ônus aos sistemas de saúde públicos, privados e até mesmo aos próprios doentes.^{4,6}

É de extrema necessidade que o enfermeiro detenha conhecimento

sobre avaliação e tratamentos das úlceras por pressão, avaliando as mesmas de maneira criteriosa com vistas à classificá-las corretamente e propor terapêutica individualizada e otimizada, evitando assim deletérios ao paciente.^{5,6}

Para auxiliar as equipes de saúde, são desenvolvidos vastos acervos e ferramentas para esclarecer de que forma as lesões dermatológica se desenvolvem, quais ações preventivas e curativas podem ser adotadas, visando detecção da origem da lesão e a individualidade do paciente.^{5,7}

Dentre os tipos de lesões, há as que não podem ser evitadas, chamadas feridas patológicas. Em relação as UPP é consensual que a

responsabilidade é de quem presta a assistência, considerando um paciente com mobilidade reduzida ou ausente, podendo com medidas simples evitar o seu desenvolvimento.^{6,7}

A incidência das UPP é muito alta, nos países desenvolvidos como Estados Unidos da América, de acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), a taxa de prevalência e incidência de UPP em hospitais está entre 15 e 7% respectivamente, já no Brasil, estimasse uma prevalência de quase 40%, mesmo com poucos estudos nesse segmento.^{1,6,7}

Este estudo objetivou apresentar como o enfermeiro deve realizar a avaliação das UPP, descrevendo seus tipos e as características dos tecidos que podem estar presentes.

Metodologia

Estudo de Revisão sistemática da literatura com a pergunta norteadora: o que o enfermeiro deve saber ao avaliar uma UPP?

Utilizou-se os seguintes descritores: úlcera por pressão, assistência de enfermagem e ferida, combinados por meio do conector booleano "AND", com o descritor exame físico e seus respectivos descritores nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foi realizada uma leitura seletiva do material, com a finalidade de entrar em contato direto com o que foi publicado sobre o assunto, buscando conhecer e analisar as contribuições sobre o tema ou problema abordado. Para isso, a pesquisa bibliográfica sobre a temática foi realizada por meio de busca em bancos de dados, disponíveis nos recursos eletrônicos BVS, MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Estes materiais foram apreciados por meio de leitura analítica e de síntese, classificando-os de acordo com categorias temáticas. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra, que abordassem os descritores e ou temática, além de alguns livros de fisiologia médica e feridas. Fez-se um recorte temporal dos últimos 10 anos. Após a leitura, selecionou-se aqueles que tinham correlação direta com o tema proposto, mantendo material com pertinência temática.

Os artigos foram, portanto, selecionados e passaram por processo de categorização, sendo sintetizados à luz de seu título, autores, local e ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e resultados/discussão.

Discussão

Inicialmente, serão percorridos conceitos de anatomia e fisiologia da pele, agregando as características de desenvolvimento das UPP, quais as particularidades do tecido ulcerado, e como o enfermeiro distingue e avalia a úlcera, para com isso ser crítico e assertivo no seu diagnóstico e assistência prescrita.

Anatomia e Fisiologia da Pele

A pele é o maior órgão do corpo, tem como principal função ser uma barreira protetora dos órgãos, mantendo assim a homeostase. Tem importante atuação nas funções orgânicas, sendo indispensável para a vida. Também exerce papéis de prevenção da desidratação e termorregulação.^{8,9}

A pele excreta proteínas, lipídios, água e sais minerais, está presente no processo de sensibilidade através das terminações nervosas que transmitem os estímulos dolorosos, táteis e térmicos. Atua na imunidade, pois

contém diversos tipos de leucócitos e linfócitos que regulam e aumentam a resposta imunitária específica, células apresentadoras de antígeno (histiócitos ou células de Langerhans) que recolhem possíveis invasores, transportando-lhes para os gânglios linfáticos, onde estão presentes aos linfócitos CD4, além dos mastócitos envolvidos nos processos alérgicos e contra parasitas.^{8,10}

Se apresenta de forma íntegra, com aberturas externas dos sistemas respiratório, digestivo e urogenital denominadas de mucosas, sendo composta de três camadas principais, as quais são descritas adiante.^{9,10}

Epiderme: tem ligação direta com os canais auditivos e as mucosas, é a camada mais externa das células epiteliais, sendo a queratina predominante na sua composição. Sua espessura é bastante variável, entre 0,1 mm na região das pálpebras a 1 mm nas palmas das mãos e planta dos pés. Através do mecanismo de renovação celular, a parte externa da pele, que é rica em queratina, se renova quase que em totalidade, num período de três a quatro semanas.^{8,9,10}

Derme: camada intermediária, mais profunda e espessa, proporcionando força e estrutura por constituir a maior fração da pele, formada por fibroblastos, fibras elásticas e colágeno. Tem duas camadas denominadas de papilar e reticular, está localizada abaixo da epiderme. Sua estrutura se completa com vasos sanguíneos e linfáticos, nervos, glândulas sudoríparas, sebáceas e pelos, os quais recebem a denominação de anexos da pele.^{9,11}

Hipoderme ou tecidos subcutâneos: formados por tecido adiposo, que faz com que amorteça o conta-

to da pele com as estruturas internas como os músculos, tendões, cartilagens e ossos, é a camada mais interna da pele. O tecido adiposo presente na hipoderme funciona como isolante do corpo, possibilitando a movimentação e dá contorno a estrutura corporal. A regulação da temperatura corporal é um fator importante que ocorre através da quantidade de adiposidade depositada nos tecidos subcutâneos.^{10,12}

Úlcera Por Pressão (UPP)

As UPP são consideradas um problema de Saúde Pública, a ponto do Ministério da Saúde (MS) desenvolver o Protocolo Básico de Segurança do Paciente, através da Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. O anexo 2 é composto pelo Protocolo de Prevenção de UPP, no intuito de prevenir as lesões de pele.^{5,7}

Através das literaturas específicas, conceitua-se UPP como áreas da pele e/ou tecidos subjacentes desvitalizados, que ocorrem quando há compressão entre uma prominência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado, ou por ação concomitante entre pressão e cisalhamento, exercendo uma pressão superior a do capilar, ocasionado a falta de irrigação sanguínea, e conseqüentemente o infarto do tecido local, conceito esse que é comungado pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), o termo escara é determinado por uma porção de tecido necrosado, e conseqüente, a região perde sensibilidade e a coloração, sendo separada da pele saudável por um sulco, tendo tamanhos variados.^{7,8,13,16}

São vários os fatores que contribuem na formação das UPP. É de fundamental importância, que os

profissionais de saúde saibam identificar esses fatores, de forma que suas condutas sejam voltadas a minimizar o risco iminente de adquirir uma UPP.^{13,14}

Os pacientes com risco de desenvolver UPP geralmente se encontram em estado crítico, fazem uso de fármacos que podem contribuir para a formação de úlcera, tais como hipotensores, corticóides, sedativos e catecolaminas, pois um dos efeitos adversos destes fármacos é a diminuição da perfusão periférica, sendo assim, regiões como calcâneos tornam-se mais suscetíveis ao aparecimento de lesões.^{13,15}

É fundamental que seja realizada uma avaliação nos pacientes, desde o primeiro dia de internação, e em todos os dias consecutivos, ao menos uma ao dia, o enfermeiro deve ter uma visão crítica, e detectar de forma precisa, o potencial risco deste paciente desenvolver UPP.^{8,11,15}

Várias ferramentas devem ser utilizadas nesta avaliação, a escala de Braden por exemplo, é recomendada pelo Ministério da Saúde, pois, possui um escore de 6 a 23 pontos, considerando que, quanto menor o valor, maior o risco de UPP, estes pontos são decorrentes da avaliação de seis subclasses, que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade e a fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são pontuadas de 1 a 4, exceto de 1 a 3 na fricção e cisalhamento.^{4,7}

Pacientes com idades superiores a 60 anos são mais suscetíveis ao desenvolvimento de UPP, portando, utiliza-se a mesma, para classificar os pacientes hospitalizados em escores abaixo de 16, são considerados de risco para a aquisição de UPP. Em população idosa, os graus 17

ou 18 já podem ser considerados críticos, conforme literatura específica, quanto maior a idade, mais se apresenta fragilidade capilar.^{7,14}

Fatores como percepção sensorial, desnutrição, desidratação, umidade, mobilidade física, assim como fricção e cisalhamento, concomitantes com a pressão exercida no corpo pela não mobilidade, são responsáveis por formação de úlcera, mas quando avaliado o paciente, considera-se que muitas doenças favorecem, ou são coadjuvantes no processo de formação de UPP.^{8,11}

Quando o escore na avaliação da escala de Braden resultar em risco de UPP, são recomendadas algumas ações, as quais devem ser desenvolvidas diariamente, tais como: inspecionar a pele diariamente, reduzir a pressão com mudança de decúbito no mínimo a cada 2 horas, quanto menor o intervalo melhor a resposta, avaliar o estado nutricional, e propor alterações necessárias em virtude de suprir as necessidades nutricionais (com a intervenção do nutricionista), associadas aos cuidados com higiene, mantendo assim a pele sempre seca e hidratada são de suma relevância.^{7,14}

O enfermeiro frente a um paciente com UPP, deve ter critério e conhecimento para avaliar o estágio ou estadiamento da ferida, de forma a prescrever o tratamento mais adequado e efetivo. Igualmente, é imprescindível que se conheça os tipos de tecidos e secreções presentes nas lesões. Dentre estes, destacam-se a exulceração ou erosão, que se caracterizam pelo arrancar da pele na camada superficial (epiderme), sendo traumática, denominada como escoriação, ou não traumática, após ocorrer a erupção de vesículas ou outros. Já as úlceras, são perdas

delimitadas que acometem também a derme, outro fato relevante, é que esta deixa cicatriz, diferentemente da exulceração, que não ocorre a formação de cicatriz.^{11, 15, 16}

As fissuras ou rágades, são perdas teciduais superficiais ou profundas, que não são acarretadas por objetos cortantes, havendo direta relação de seu aparecimento em regiões de dobras cutâneas, ou em volta de orifícios naturais. As fístulas são decorrentes de focos supurativos cutâneos, onde flui líquido serossanguinolento, purulento ou gomoso. As escamas, chamadas descamações, são lâminas de epiderme que se desprendem e tem aspecto de farelos (furfúraceas) ou em tiras (laminares).¹⁶

Estadiamento de Ulceras Por Pressão – UPP

As UPP são classificadas de acordo com seu tamanho, profundidade e com as camadas da pele afetadas, podendo ser infectada.^{7,11,14}

Classificar a ferida em Estágios

Estágio I

A pele se apresenta intacta, com rubor não branqueável a digito pressão, acometem áreas de proeminências ósseas, geralmente em trocânteres, sacral, calcâneos ou maléolos.^{7,11,14}

A pele escura dificulta a identificação do estágio I, porém, a pele pode apresentar algumas diferenças nos tecidos adjacentes, como dor, endurecimento ou amolecimento, estando mais fria ou quente. Se as ações certas forem utilizadas antes da evolução deste estágio, a lesão pode ser reparada sem danos físicos ou motor.^{7,11,14}

Estágio II

Aqui já ocorre a perda parcial da

espessura da pele. A derme é lesionada, desta forma já se apresenta como uma ferida superficial (rasa), seu leito é vermelho, rosa sem presença de esfacelo. Pode também apresentar uma pústula contendo linfa ou líquido seroso ou sero-hemático, tendo ainda uma aparência brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda).^{4,7,11}

Estágio III

No estágio III ocorre a perda total da espessura tecidual. Ocorre a exposição do tecido adiposo subcutâneo (hipoderme), tendões ou músculos podem estar ou não presentes, ossos não são visíveis. É composta por algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), deixando de forma visível a profundidade da perda tecidual. Pode haver lesão cavitária e encapsulamento. De acordo com a localização anatômica da úlcera de estágio III, determina-se a profundidade com o auxílio de uma régua.^{4,7,11}

Nas regiões como asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos, que não possuem tecido adiposo, as úlceras de estágio III podem ser classificadas como superficiais. Ao ser avaliada uma região com grande quantidade de tecido adiposo, podem desenvolver-se as úlceras por pressão de estágio III extremamente profundas, sendo que osso e o tendão não são diretamente palpáveis ou visíveis.^{4,7,14}

Estágio IV

Neste estágio, ocorre a perda total da espessura dos tecidos (epiderme, derme e hipoderme), ossos, tendões ou músculos são expostos. É comum que neste estágio, a presença de tecido desvitalizado

(fibrina úmida) e/ou tecido necrótico. Sua profundidade também vai variar de acordo com a parte anatômica afetada, as regiões sem tecido adiposo se apresentam superficiais, onde há tecido adiposo em abundância, a úlcera em estágio IV pode acometer a fáscia, tendão ou cápsula articular, podendo acarretar osteomielite.^{7,11,14}

A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Normalmente se apresentam de forma cavitada e fistulizada, osso e músculo são visíveis ou diretamente palpáveis.^{4,7}

Ocorre ainda úlceras que não são classificáveis, neste caso, se apresentam com perda total da espessura da pele, e/ou dos tecidos adjacentes, sua profundidade é indeterminada, esta profundidade pode ser prejudicada na sua identificação devido a presença de tecidos necróticos.^{7,11,14}

O enfermeiro pode classificar as feridas mensurando a extensão em centímetros quadrados (cm²). Para realizar esta medição, é recomendado que se utilize a medida das maiores extensões na horizontal e na vertical da ferida, de forma que os dois traçados formem em uma reta um ângulo de 90°. Sendo assim, de acordo com a área em cm² a classificação pode ser como as descritas abaixo:^{4,11}

Pequena: menor ou igual a 50cm²

Média: maior que 50cm² e menor que 150cm²

Grande: maior que 150cm² e menor ou igual a 250cm²

Extensa: maior que 250cm²

Tipos de tecidos presentes em UPP.

Tecido de Granulação: vermelho, brilhante e vivo, indica progresso da cicatrização, devido a proli-

feração dos fibroblastos e células endoteliais. Estas células formam pequenos brotos endoteliais, que crescem e penetram na zona agredida, onde se canalizam, anastomozam-se a outros brotos, constituindo alças capilares.^{4,11}

Tecido Necrosado: existem tipos distintos, predominantemente na ferida, de acordo com a cor, a consistência e a aderência. Observando estas informações consegue-se distinguir qual o tipo de tecido necrótico.^{4,11}

- Necrose branca/cinza: geralmente aparece antes da ferida abrir. A superfície da pele está

branca ou cinza;

- Esfacelo amarelo, não aderido: Fino, substância mucinosa, presente em todo leito da ferida, separa-se com facilidade do tecido da ferida;

- Esfacelo amarelo, frouxamente aderido: espesso, viscoso, pedaços de fragmentos, aderido ao leito da ferida;

- Tecido preto, macio e aderido: Tecido saturado de umidade; firmemente fixado ao leito da ferida;

- Tecido preto/duro, firmemente aderido: Tecido firme e duro, fortemente aderido ao leito e às bordas da ferida (como uma crosta dura / aspecto de casca de ferida).^{4,8,11,14}

Conclusão

O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pela avaliação e tratamento das feridas. Isto posto, torna-se imprescindível que saiba realizar uma avaliação correta, individualizada e pormenorizada das UPP, que são um problema crescente e presente em grande escala nas instituições de saúde, vislumbrando descrever os diferentes tipos de úlceras, bem como os tecidos envolvidos no leito da ferida, de forma correta, para que com isso haja uma assistência individualizada e otimizada com o objetivo de melhoria da clínica apresentada. ■

Referências bibliográficas

1. Blanes L. Tratamentos de Feridas. Disponível em <http://fabelangiologia.com.br/pdf/feridasLeila.pdf>.
2. Leite AP, Oliveira BGRB, Soares MF, Barrocas DLR. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3):198-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/26.pdf>.
3. Nogueira RA, Queiroz TA, Araujo MFM, Caetano JÁ. Condutas de Enfermeiros no Tratamento de Feridas numa unidade de terapia Intensiva. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 83-89, jul./set.2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/538/pdf>.
4. Geovanini T, Oliveira Junior AG, Palermo TCS. Manual de curativos. Editora Corpus. São Paulo- SP. 2007, p. 27.
5. Ferreira AM, Candido MCFS, Candido. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. Rev. enferm. UERJ; 18(4):656-660, out.-dez. 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19993&indexSearch=ID>.
6. Smaniotto PHS, Galli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas – curativos. Rev. Med. (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):137-41. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bwvj5rZ_h_Q:www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46287/49943+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.
7. O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O Protocolo de segurança do paciente. 01 de abr. 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/OSEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf.
8. Santos AAR, Medeiros ABA, Soares MJGO, Costa MML. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. Rev. enferm. UERJ; 18(4):547-552, out.-dez. 2010. tab. graf. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19975&indexSearch=ID>.

9. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem médico – cirúrgico. Vol. 4 Cap. 55, pg 1628-1633. Rio de Janeiro- RJ: Ed. Guanabara Koogan, 2009.
10. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos Portadores de Feridas: Caracterização dos Protocolos Existentes no Brasil. Cienc. Cuid. Saúde, 2011 Abr/Jun; 10(2):366-372. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8572/pdf>.
11. Feridas: fundamentos e atualização em enfermagem/ organizadores: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB.-São Caetano do Sul, SP: Yedes editora, 2007.
12. Isaac C, Ladeira PRS, Rego FMP, Aldunate JCB, Ferreira MC. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. Rev. Med. (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):125-31. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fQDr7SluKFwJ:www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46294/49950+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
13. Carvalhoa LS, Ferreirab SC, Silvac CA, Santos ACPO, Regebee CMC Concepções dos Acadêmicos de Enfermagem Sobre Prevenção e Tratamento de Úlceras de pressão. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1394/1029>.
14. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem médico – cirúrgico. Vol. 1 Cap. 11, pg 171-176. Rio de Janeiro- RJ: Ed. Guanabara Koogan, 2009.
15. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências da cuidar em enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3):279-84. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/reben/v59n3/a06v59n3.pdf>.
16. Porto CC. Exame clínico; bases para a prática médica/Celmo Celeno Porto; Co editor Arnaldo Lemos Porto. – 6º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008 il.

DACC – Nova tecnologia no gerenciamento da infecção em feridas

DACC - New technology in the management of infection in wounds

DACC - Nueva tecnología en el tratamiento de la infección en las heridas

Elaine Alboledo Monteiro:

Enfermeira, Especialista em Dermatologia pela SOBENDE, Especialista em Queimaduras pela UNIFESP e SBQ. Gerente Clínica da Empresa BSN Medical.

Resumo

A infecção é uma das mais frequentes complicações de feridas que não cicatrizam, interrompendo e/ou dificultando o processo de cicatrização e resultando em períodos longos de tratamento com quantidades altas de recursos necessários para o cuidado desta ferida. Condutas clínicas devem ser tomadas para o controle e redução da carga microbiana, visando reduzir o impacto da infecção no processo de cicatrização. Tratamentos tradicionais baseiam-se em tratamentos sistêmicos com antibióticos e tratamentos tópicos com curativos antimicrobianos. Contudo, atualmente, alguns estudos têm re-

velado o papel que as endotoxinas liberadas pelas bactérias mortas no leito da ferida têm prolongado a resposta inflamatória, demonstrando que alguns métodos antimicrobianos podem ter implicações nocivas para o processo de cicatrização das feridas. O uso indiscriminado de antimicrobianos (especialmente bactericidas) vem propiciando o desenvolvimento de resistência bacteriana contra produtos antimicrobianos disponíveis, com o potencial consequência de prejudicar significativamente a população doente. Algumas das questões na atual abordagem para o problema, identifica a Tecnologia (DACC) – Cloredo de Dialquil Carbamoil –, como uma alternativa passiva a ser utilizada para controlar a carga microbiana e processos infecciosos através da ligação hidrofóbica irreversível com desativação de bactérias e fungos na ferida, sem liberar restos celulares e endotoxinas no leito da ferida ou a necessidade de utilizar produtos potencialmente tóxicos e indutores de resistência química bacteriana.

Descritores: Feridas infectadas; Tratamento de feridas; Antimicrobiano tópico; Gerenciamento de feridas; Cicatrização de feridas Infectadas.

Abstract

Infection is one of the most frequent complications of non-healing wounds, stopping and delaying healing process, and resulting in long time of treatment with high quantities of resources required for the care of this wound. Clinical conduct should be taken for the control and reduction of microbial load in order to reduce the impact of infection in the healing process, traditional treatments are based on systemic treatments with antibiotics and topic treatment with antimicrobial dressings, however, currently, some studies have been shown the role of endotoxins released by dead bacteria in the wound bed have prolonged inflammatory response, demonstrating that some antimicrobial methods can have an adverse implications for the healing process of the wound. The use indiscriminately of antimicrobial (particularly bactericide) has been promoting the development of bacterial resistance to antimicrobial products currently available, with the potential consequence of significantly impair patient population. Some of the questions on the current approach to the problem, identifies Technology (DACC) - Cloredo dialkyl carbamoyl - such as a passive alternative to be used to control

microbial load and infectious processes, through irreversible hydrophobic connection with deactivation of bacteria and fungi in wound without releasing endotoxin and cellular debris in the wound bed or the need to use potentially toxic bacterial products and chemical resistance inducers.

Descriptors: Infection wound; Wound care; Topical antimicrobial; Wound management; Infection wound healing.

Resumen

La infección es una de las complicaciones más frecuentes de heridas que no cicatrizan, parando y / o dificultar el proceso de curación, y resultando en largos períodos de tratamiento con altas cantidades de recursos necesarios para la atención de esta herida. La gestión clínica se debe tomar para el control y reducción de la carga microbiana con el fin de reducir el impacto de la infección en el proceso de curación, tratamientos tradicionales se basan en tratamientos sistémicos con antibióticos tópicos y el tratamiento con antimicrobianos curativa, sin embargo, en la actualidad, algunos estudios han revelado las endotoxinas rol liberadas por las bacterias muertas en el lecho de la herida han prolongado la respuesta inflamatoria, lo que demuestra que algunos métodos antimicrobianos pueden tener un implicaciones adversas para el proceso de curación del uso generalizado heridas. O de antimicrobiano (particularmente bactericida) ha estado promoviendo el desarrollo de la resistencia bacteriana a los productos antimicrobianos disponibles en la actualidad, con la posible consecuencia de mermen de forma significativa población de pacientes. Algunas de las preguntas sobre el enfoque actual del problema, identifica Tecnología (DACC) - Cloredo dialquil carbamoilo - como una alternativa pasiva que se utiliza para controlar la carga microbiana y procesos infecciosos, a través de la conexión hidrofóbica irreversible con la desactivación de bacterias y hongos en herida sin la liberación de endotoxinas y restos celulares en el lecho de la herida o la necesidad de utilizar productos bacterianos potencialmente tóxicos e inductores de resistencia química.

Descripciones: Las heridas infectadas; Tratamiento de heridas; Antimicrobiano tópico; Manejo de Heridas; Cicatrización de la herida infectada.

Introdução

As feridas de difícil cicatrização representam um problema significativo em todo o mundo. Estima-se que 1 a 1,5% da população terá uma ferida ao longo da vida, sendo esperado que estes números subam junto com o aumento dos idosos e da população diabética.¹

A infecção é uma das mais frequentes complicações de feridas que não cicatrizam, interrompendo e/ou dificultando o processo de cicatrização e resultando em períodos longos de tratamento com quantidades altas de recursos necessários para o cuidado desta ferida.¹

Assim, a infecção da ferida é um dos maiores desafios no tratamento

da ferida e gera um alto custo para as organizações de saúde, além de afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores devido à dor, mau cheiro, trocas de curativos frequentes, perda de apetite, mal-estar, e descontrole da glicemia em pessoas com diabete.^{2 3}

Embora nem todas tornem-se infectadas, este estado de contaminação é um fator de risco para a complicação das feridas, que aumentam quando o sistema imunitário está comprometido. Diante disso, condutas clínicas devem ser tomadas para controle e redução da carga microbiana, visando reduzir o impacto da infecção no processo de cicatrização.

Tradicionalmente, tais condutas clínicas baseiam-se em tratamentos sistêmicos com antibióticos e tratamentos tópicos com curativos antimicrobianos para a redução e/ou eliminação da carga microbiana.

Atualmente alguns estudos têm revelado maior compreensão da relação entre o ambiente da ferida e micróbios colonizadores, e em particular o papel que as endotoxinas liberadas pelas bactérias mortas no leito da ferida têm no prolongamento da resposta inflamatória. Tal efeito mostra-nos que alguns métodos antimicrobianos podem ter implicações nocivas para o processo de cicatrização das feridas.³

O uso indiscriminado de antimicrobianos (especialmente bacterici-

das) vem propiciando o desenvolvimento de resistência bacteriana contra produtos antimicrobianos disponíveis atualmente, com o potencial de prejudicar significativamente a população doente. Este desenvolvimento das chamadas “superbactérias” é previsível e organizações políticas e de pesquisa clínica vêm atuando neste tema desde 2009, reconhecendo que a propagação da resistência aos antibióticos é uma importante ameaça à segurança mundial de saúde pública e requer uma ação de todos os níveis. Esses movimentos levaram a tais entidades a concluir que existe uma lacuna substancial do conhecimento nesta área e, como consequência, recomendações sobre a segurança do paciente vêm sendo abordadas no que se refere a definição, avaliação e mensuração do uso adequado e apropriado de antimicrobianos tópicos no tratamento de feridas.⁴

Esta falta de informação é bem ilustrada pelo fato de que, apesar do uso extensivo de antimicrobianos em feridas, sua utilização permanece controversa para a evolução do processo de cicatrização de feridas, pois mesmo com o uso indiscriminado a infecção de ferida persiste como um dos problemas mais graves das feridas de difícil cicatrização.^{3,4}

Profissionais precisam entender e considerar que atualmente existem inúmeros produtos antimicrobianos disponíveis para o tratamento de ferida infectada, mas precisamos estar melhor preparados para escolher o produto certo para o paciente certo, para a ferida certa, no período de tempo certo.⁵

Algumas das questões na atual abordagem para o problema identificam a Tecnologia (DACC) – Clo-

redo de Dialquil Carbamoil –, como uma alternativa a ser utilizada para controlar a carga microbiana e processos infecciosos, pois sua atuação se faz através da ligação hidrofóbica irreversível com desativação de bactérias e fungos na ferida sem liberar restos celulares e endotoxinas no leito da ferida ou a necessidade de utilizar produtos potencialmente tóxicos e indutores de resistência química bacteriana.⁴

Gerenciamento de Feridas Infectadas

Antes de prescrever qualquer medicamento ou produto para o tratamento da ferida, o profissional da saúde deve comprometer-se e documentar uma avaliação holística da ferida, incluindo o exame físico do leito da ferida e área perilesão, documentando quaisquer sinais clínicos. No entanto, a avaliação não deve incluir a ferida e suas características de forma isolada, mas sim uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados ao paciente.⁵

A cicatrização de feridas é um processo complexo e multifacetado, influência de fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, alguns dos quais podem ser controlados. A avaliação do paciente deve incluir a condição médica geral (idade, imunidade, etc.), certas condições médicas crônicas (por exemplo, diabetes), medicamentos (por exemplo, medicamentos oncológicos) e fatores de estilo de vida (por exemplo, fumar), que interferem no processo de cicatrização e colocam os pacientes em maior risco de infecção na ferida.⁵

De acordo com consensos internacionais sobre preparo do leito da ferida, devemos desenvolver um plano de gerenciamento da ferida para otimizar o processo de cicatri-

zação. Neste plano de gestão da ferida devemos incluir a remoção de tecidos não-viáveis, reduzir o edema e exsudato, reduzir a carga bacteriana e corrigir eventuais anomalias para promover a cicatrização de feridas.⁵

O diagnóstico da infecção na ferida é feito a partir de julgamento clínico de interpretação dos sinais e sintomas característicos (dor, rubor, calor, edema e perda de função, celulite e cicatrização demorada).² Porém estes sinais e sintomas clássicos são melhor identificados na ferida aguda do que na ferida crônica. Deste modo, critérios adicionais têm sido sugeridos para a identificação de infecção nas feridas crônicas, incluindo formação de abscessos, descoloração, tecido de granulação friável que sangra facilmente, dor inesperada, ponte de epitélio ou tecido amolecido, odor forte e exsudato abundante. Esses últimos critérios são melhores indicadores em feridas crônicas, particularmente quando os sinais clássicos estão ausentes.^{1,5}

Outros critérios que devem fazer parte do plano de gestão da ferida incluem a gestão do exsudato e avaliação contínua das área perilesional. Os níveis elevados de exsudato estão associadas com a colonização bacteriana de um ferimento. Quando se torna uma ferida infectada o volume do exsudato aumenta e também a descoloração e viscosidade do exsudato geralmente também indicam infecção. No entanto, uma ferida pode estar infectado mesmo se exsudato grosso ou descolorido é ausente.⁵ Além disso, o diagnóstico também deve descartar condições, por exemplo, linfedema ou insuficiência venosa crônica, que podem causar excesso de exsudato.

Os profissionais de saúde devem gerir eficazmente o exsudato para criar o ambiente úmido ideal necessário para a cicatrização de feridas e para proteger a pele ao redor dos riscos de maceração e escoriação.⁵

A avaliação das margens da ferida, identificando a falta de melhoria em suas dimensões e não-progressão da pele perilesional, podem indicar retardo no processo de cicatrização e, assim como no caso de presença de tecido desvitalizado, retardam o processo de cicatrização da ferida. A redução do tamanho da lesão, bem como as margens em boas condições, são indicadores confiáveis de cicatrização da ferida.¹

Deste modo, o desafio no gerenciamento da ferida é fazer o melhor uso de todas as informações clínicas disponíveis no momento da avaliação, criar um plano de tratamento e reavaliar regularmente a resposta a este plano, alterando o plano de assistência sempre que necessário.

Outro dado clínico importante são os biofilmes, os quais podem estar presentes sem a presença de sinais clínicos de infecção, porém, sua presença tem sido implicada na cronicidade da ferida. Eles são invisíveis a olho nu, não podem ser detectado por culturas de rotina e são extremamente difíceis de erradicar. Nem todos os biofilmes são prejudiciais, mas algumas comunidades podem ser equivalentes a uma infecção na ferida, retardando o processo de cicatrização como resultado. A tentativa do organismo para livrar a ferida de um biofilme estimula uma resposta inflamatória crônica, que libera altos níveis de espécies reativas de oxigênio (ROS) e proteases. Estas substâncias, apesar de auxiliarem na quebra dos anexos entre o tecido e os biofilmes,

também impedem potencialmente o processo de cicatrização.^{1,5}

Antimicrobianos tópicos:

Os objetivos do tratamento tópico com o uso de antimicrobianos devem incluir: prevenir a progressão da colonização crítica da ferida para o estado de infecção mais invasivo, reduzindo desse modo o uso de antibióticos; promover o retorno ao processo normal de cicatrização; tratamento da colonização crítica ou infecção crítica local sem recorrer a antibióticos; conseguir uma resolução mais rápida da infecção local em conjunto com antibióticos; melhorar a experiência do paciente por corretamente diagnosticar a causa e controlar odor, extravasamento de exsudato e dor local.⁵

Os antimicrobianos são agentes capazes de matar (biocida) ou ini-

bir (biostáticos) microorganismos, com uma acividade potencial de largo espectro contra microorganismos causadores de infecção, como bactérias gram-positivo, gram-negativo, aeróbio e anaeróbio, fungos e esporos habitualmente encontrados no bioburden da ferida.⁵

Muitos agentes antimicrobianos podem adversamente afetar o tecido humano. Portanto, deve ser realizada uma avaliação criteriosa entre eficácia antibacteriana e pode ter citotoxicidade no critério de escolha do antimicrobiano.⁵

Dentre os produtos antimicrobianos, existem: os desinfetantes, as substâncias utilizadas para inibir ou matar micróbios em objetos inanimados (exemplo: carrinhos de curativos e instrumentos); os antissépticos, agentes utilizados para inibir ou matar microorganismos dentro de uma ferida (biofilme) ou na pele intacta (por exemplo, iodo); antibióticos, que ocorre naturalmente (produzido por microorganismos) ou sinteticamente substâncias que podem atuar produzidos seletivamente e pode ser aplicado topicamente (não são normalmente recomendados no tratamento de feridas) ou sistemicamente, sendo que nestes últimos a resistência microbiana é comum.⁵

Os antibióticos não são normalmente recomendados para feridas que só mostram sinais de infecção local. Em vez disso, as diretrizes recentes sobre o a gestão de infecção da ferida² sugerem a utilização de curativos antimicrobianos tópicos para reduzir a carga bacteriana (biocarga) e podendo indicada como um adjuvante de uso de antibióticos.

Produtos que incorporem iodo, prata, mel e poli-hexametileno-bi-guanida (PHMB) são considerados

“

A avaliação das margens da ferida, identificando a falta de melhoria em suas dimensões e não-progressão da pele perilesional, podem indicar retardo no processo de cicatrização e, assim como no caso de presença de tecido desvitalizado (...)

”

por muitos eficazes na gestão da carga microbiana local, particularmente no tratamento das feridas crônicas; possuem vantagens sobre antibióticos sistêmicos em muitas situações.^{6,7} No entanto, a sua utilização deve ser direcionada a feridas com sinais de alta carga bacteriana e devem ser utilizados por períodos de tempo limitados.^{1,5} Estas recomendações foram desenvolvidas devido a preocupações sobre a utilização indevida generalizada, além dos altos custos indevidos aos sistemas de saúde.

Outra preocupação referente aos efeitos destes antimicrobianos ativos é que os detritos e endotoxinas bacterianas no leito da ferida podem produzir um estado inflamatório crônico prejudicial à cicatrização. Estudos referente a este tema vêm sendo realizados.³

Os antimicrobianos tópicos ativos são ideais para fornecer a concentração antimicrobiana elevada e sustentada no local da infecção, porém, devido à sua natureza, não podem ser utilizados para tratar a infecção dos tecidos profundos e podem causar reações locais na pele e leito da ferida, como hipersensibilidade ou dermatite de contato ou alterar a flora natural da pele, interferindo no processo cicatrização de feridas. É importante também atentar para as contraindicações de cada antimicrobiano tópico ativo, bem como para a recomendação de tempo de utilização, para evitar o uso indiscriminado.⁵

O bioburden da ferida também pode ser gerenciado através de mecanismos passivos sem inibir a flora microbiana da ferida. O modo de ação deste método inclui o sequestro de bactérias (por exemplo, via fibras de celulose modifica-

dos mecanicamente e agentes gelificantes selecionados) dentro do curativo ou ligação hidrofóbica de patógenos da ferida a um substrato do curativo (por exemplo, Cloreto de Dialquil Cabamoil, conhecido como Tecnologia DACC).⁵

As bactérias e os fungos que são ligados aos curativos com a Tecnologia DACC tornam-se inertes na camada de contato com a ferida, ou seja, não liberam as endotoxinas, de forma que não conseguem multiplicar-se e são removidos do ambiente da ferida quando é realizada a troca do curativo.⁴

Tecnologia DACC no gerenciamento de feridas infectadas

DACC (Cloreto de Dialquil Carbamoil) é uma substância sintética hidrofóbica derivada de ácidos graxos naturais, o qual historicamente tem sido utilizado para tratar a infecção da ferida.⁸ Esta tecnologia é utilizada para revestir a camada primária de curativos, resultando num curativo com propriedades altamente hidrofóbicas. Ao invés de ser fisicamente aprisionado dentro de um curativo, os microrganismos ficam irreversivelmente ligados à sua superfície (camada primária), utilizando o princípio de interação hidrofóbica. Uma vez ligado ao curativo, bactérias e fungos tornam-se inertes e assim são impedidas de proliferar-se ou liberar exotoxinas e endotoxinas nocivas. Conseqüentemente, a cada troca de curativo, microrganismos são removidos do leito da ferida.³

O princípio da interação hidrofóbica (falta uma afinidade para as moléculas de água) é um mecanismo fundamental para a fixação bacteriana. Inicialmente, para invadir o hospedeiro e iniciar uma

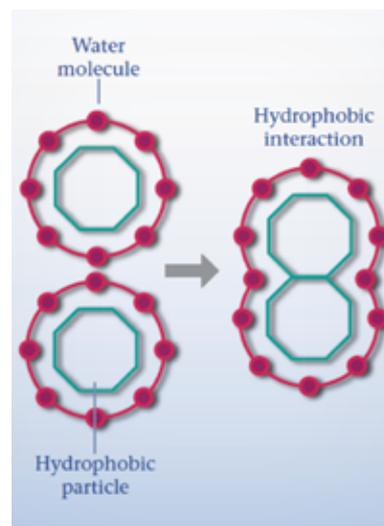


Figura 1

infecção precisam aderir ao tecido lesado.^{9,10} Doyle, em uma revisão da literatura, mostrou que existe uma relação entre hidrofobicidade e infecção.¹¹ Os micróbios podem se conectar aos componentes da matriz extra-celular (ECM) de uma ferida por interações hidrofóbicas com receptores da superfície celular das proteínas denominadas hidrofobins.¹²

Interações hidrofóbicas ocorrem quando as células ligam-se umas as outras através de estruturas hidrofóbicas na superfície celular (CSH). Quando duas moléculas hidrofóbicas estão em um ambiente aquoso, aumenta a probabilidade para a ocorrência da interação hidrofóbica com o objetivo de reduzir as moléculas de água entre elas.¹³ Desta maneira, elas agregam-se e são mantidas juntas pelas moléculas de água circundantes (Figura 1).

Um grande número de agentes patogênicos encontrados na ferida possuem quantidades médias a altas de estruturas hidrofóbicas na superfície (CSH) que se ligam a ECM com o objetivo de fornecer

mecanismo de maior proteção de defesa contra hospedeiro. Assim conseguem produzir enzimas e toxinas que lhes permitam espalhar-se rapidamente dentro do tecido, a fim de obter os nutrientes (iniciando assim os sinais de infecção) ou inativar os mecanismos de defesa do hospedeiro. Algumas bactérias formam esporos durante a fome ou outras condições de estresse.

Os esporos de bactérias possuem estruturas hidrofóbicas na sua superfície (CSH) em quantidades maiores que as formas bacterianas e utilizam essas estruturas para enfrentar os desafios ambientais como a exposição à antissépticos quimicamente ativos.

Como as bactérias da ferida tem características hidrofóbicas, um curativo (figura 2) que possui a sua camada de contato com propriedades altamente hidrofóbicas é capaz de ligar-se fisicamente às bactérias, permitindo que sejam removidas do leito da ferida nas trocas de curativo. Este efeito de interação hidrofóbica bacteriano já está bem estabelecido¹⁴ e é, portanto, particularmente interesse no tratamento de feridas, mas não é normalmente referido como "anti-microbiano", pelos microorganismos não serem mortos por esta interação. Esta é uma importante mudança de perspectiva no pensamento antimicrobiano no cuidado prático; fica agora claro que a ferida não precisa estar carregada com agentes quimicamente ativos para reduzir a carga microbiana. O benefício claro para isto é que não há riscos de reações citotóxicas, absorção sistêmica ou de desenvolvimento de resistência bacteriana.¹⁵

Evidências In Vitro e In Vivo: Interação hidrofóbica com DACC



Figura 2

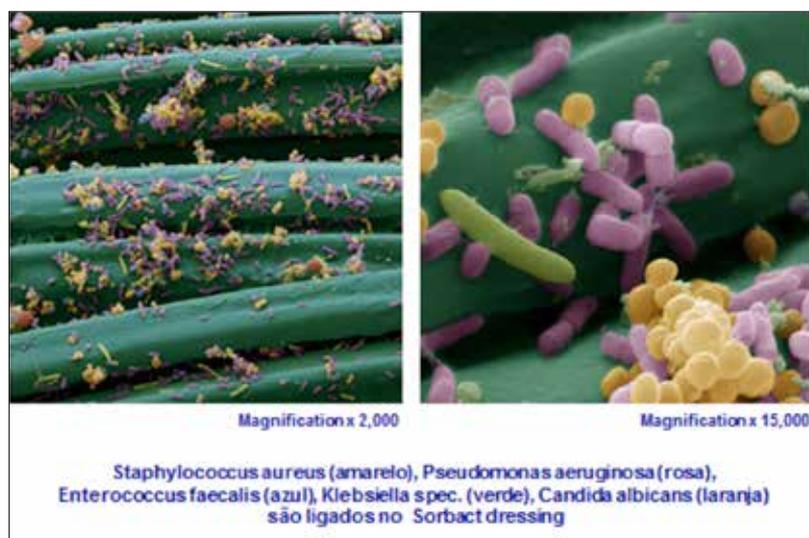


Figura 3

Ao longo de mais de 30 anos, vários estudos demonstraram a interação hidrofóbica eficaz de microorganismos com curativos para feridas revestidos de DACC. Em um dos primeiros, numa série de estudos comparativos utilizando um laboratório e um modelo de ferida animal porcino, testou a capacidade de uma variedade de curativos para observar a capacidade de influenciar uma colonização bacteriana. O curativo de acetato de celulose revestido com DACC, juntamente com outros métodos curativos, foram expostos a

três diferentes cepas de bactéria: *Staphylococcus epidermidis* (a controle hidrófilo), *Staphylococcus aureus* Cowan1 e Teste 402-2006 (ambos hidrofóbico a diferentes graus). A amostra dos curativos revestidos com DACC mostraram maior absorção.¹⁶ (Figura 3)

Em outro experimento em animais, feridas foram induzidas sendo metade expostas ao calor a partir de uma placa de cobre para simular um ferimento de queimadura. Todas as feridas foram então inoculadas com culturas de *S.* As feridas foram cobertas com uma amostra de

curativo de celulose não-revestidor e um curativo de celulose revestido de DACC, 30 a 60 minutos após a inoculação. Todos os curativos foram trocados diariamente durante o ensaio. As feridas (queimaduras e não-queimaduras) tratadas com o curativo com DACC não mostraram sinais de infecção, enquanto todas as outras tratadas com a outra cobertura indicaram supuração contínua. A cicatrização foi observada em 6 a 5 dias nas feridas não-queimadas e⁷⁻⁸ em feridas queimadas.¹⁶

Os resultados de uma variedade de ensaios clínicos publicados, sendo comparativos e não comparativos, juntamente com várias séries de estudo de caso, têm apoiado os resultados de estudos *in vitro*, demonstrando a eficácia do curativo revestido com a tecnologia DACC no gerenciamento de feridas infectadas de diferentes etiologias, além de proporcionarem conforto ao paciente, controle da dor, boa gestão do exsudato e tratamento da pele

perilesional. Outro ponto importante demonstrado nestes estudos refere-se à facilidade de manuseio do produto demonstrada pelos profissionais de saúde.⁴

Conclusão

O controle eficaz da carga microbiana da ferida continuará a ser uma característica importante do tratamento de feridas e a necessidade de encontrar métodos alternativos através de antimicrobianos tópicos cresce dia a dia. Como profissionais da saúde, precisamos explorar novas formas de tratamento que proporcionem resultados significativos no tratamento e processo de cicatrização das feridas.

Uma tecnologia que pode atrair a bactérias ao invés de matá-las na lesão representa uma mudança de paradigma nas abordagens tradicionais de gerenciamento da carga microbiana. As pesquisas atuais demonstram que os métodos tradicionais de gerenciamento

microbiano que visam destruir os micróbios podem ser problemático pela quantidade de substâncias nocivas deixadas no leito da ferida. A sensibilização do paciente, o desenvolvimento de patógenos resistentes, a toxicidade celular e toxicidade sistêmica, e a promoção da resposta inflamatória prolongada são questões muito reais para o especialista em cuidados de feridas.

Um curativo revestido com a Tecnologia DACC, que utiliza as propriedades de interação hidrofóbicas em uma ampla variedade de agentes patogênicos para feridas, incluindo os organismos multi-resistentes e biofilmes, é capaz de fornecer um método seguro e eficaz para os profissionais de saúde na redução da carga bacteriana das feridas a cada troca de curativo.

Ao proporcionar o controle da carga bacteriana e gestão do exsudato, a tecnologia DACC oferece uma nova tecnologia no gerenciamento das feridas infectadas. ■

Referências bibliográficas

1. Journal of wound care Vol. 2. Nos 5. EWMA Document 2013
2. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Wound Infection in Clinical Practice: An international consensus. Medical Education Partnership, 2008.
3. Butcher M (2011) Catch or Kill? How DACC technology redefines antimicrobial management. MA Healthcare, 2011.
4. Butcher, M. DACC antimicrobial technology: a new paradigm in bioburden management. MA Healthcare, 2011.
5. Best Practice Statement: The use of topical antimicrobial agents in wound management. Wounds UK, 2013
6. White RJ, Cooper R, Kingsley A (2001) Wound colonisation and infection: the role of topical antimicrobials. Br J Nurs 10(9): 563-78
7. Cooper RA (2004) A review of the evidence for the use of topical antimicrobial agents in wound care. World Wide Wounds.
- 8 - Forrest RD (1982) Early history of wound treatment. JR Soc Med 75: 198-205
9. Wadström, T., Eliasson, I., Holder, I., Ljungh, Å, (eds). Pathogenesis of Wound and Biomaterial-associated Infections. Springer-Verlag, 1990.
10. Ofek, I., Doyle, R.J. Bacterial adhesion to cells and tissues. Chapman and Hall, 1994.
11. Doyle, R.J. Contribution of the hydrophobic effect to microbial adhesion. Microbes Infect 2000; 2: 4, 391-400.
12. Wessels, J.G. Hydrophobins: proteins that change the nature of a fungal surface. Adv Microb Physiol 1997; 38: 1-45.
13. Hjertén, S., Wadström, T. What types of bonds are responsible for the adhesion of bacteria and viruses to native and artificial surfaces? In: Wadström, T., Eliasson, I., Holder, I., Ljungh, Å. (eds). Pathogenesis of Wound and Biomaterial-associated Infections. Springer Verlag, 1990.
14. Ljungh A, Yanagisawa N, Wadström T (2006) Using the principle of hydrophobic interaction to bind and remove wound bacteria. J Wound Care 15(4): 175-80
15. Kammerlander G, Locher E, Suess-Burghart A, von Hallern B, Wipplinger P (2008) An investigation of Cutimed® Sorbact® as an antimicrobial alternative in wound management Wounds-UK 4(2):10-20
16. 88 Wadström, T., Björnberg, S., Hjertén, S. Hydrophobized wound dressing in the treatment of experimental Staphylococcus aureus infections in the young pig. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand B 1985; 93: 5, 359-363.

Humanização na assistência aos pacientes com feridas crônicas: limites e possibilidades

Humanization in patients with wound care to chronic: limits and possibilities

Humanización en pacientes con cuidado de heridas crónicas: de limites y posibilidades

Resumo

Objetivo: Reconhecer os limites e as possibilidades da humanização na assistência aos pacientes com feridas crônicas. Método: estudo de revisão integrativa de literatura, através de pesquisa eletrônica de artigos nacionais disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde; utilizou-se os descritores: "humanização da assistência", "feridas e lesões", "cuidados de enfermagem". Foram pesquisadas as publicações em língua portuguesa, disponíveis na íntegra, sem delimitação do ano de publicação em virtude da dificuldade em encontrar artigos que desenvolvessem a temática. Resultados: Os resultados demonstram que para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação, uma vez que a patologia ultrapassa a barreira física, não sendo apenas uma alteração corporal, mas um sofrimento psicoemocional. Conclusão: Dessa maneira, a humanização no cuidado a pacientes com feridas crônicas vai muito além de um cuidado voltado puramente para a realização de curativos. A humanização deve ser entendida numa dimensão muito mais ampla e abrangente com o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, compreendendo o paciente como um ser único, e que possui demandas, sentimentos, dificuldades e frustrações decorrentes da sua condição.

Descritores: Humanização da assistência; Feridas; Lesões; Cuidados de enfermagem.

Abstract

Objective: To recognize the limits and possibilities of humanization in the care of patients with chronic wounds. Method: integrative review study of literature through electronic search of national papers available on the Virtual Health Library database, the descriptors were used: "humanization of care", "wounds and injuries", "nursing care". There were surveyed publications in Portuguese available in full without delimitation of the year of publication because of the difficulty in finding articles that develop the theme. Results: The results demonstrate that to take care of in a humane way, health professionals, especially nurses, providing closer patient care, should be able to understand himself and the other, extending this knowledge in the form of action and taking awareness of the values and principles that guide this action, as the disease goes beyond the physical barrier, not just being a body change, but a suffering psicoemocional. Conclusão: Thus, the humanization in the care of patients with chronic wounds goes far beyond a

Lídia Maria Santana Bispo

de Jesus: Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Departamento de Educação Campus XII.

Cristiane Pereira Novaes:

Especialista em Administração Hospitalar e em Obstetrícia. Professora Auxiliarda Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/ Departamento de Educação - Campus XII.

caution purely focused on the execution of dressing. The humanization must be understood in a much broader and comprehensive dimension with health professionals, especially nurses, understanding the patient as a unique being, and has demands, feelings, difficulties and frustrations arising from their condition.

Descriptors: Humanization of assistance; Wounds; Injuries; Nursing care.

Resumen

Objetivo: Reconocer los límites y posibilidades de humanización en la atención de pacientes con heridas crónicas. Método: estudio de revisión integradora de la literatura a través de la búsqueda electrónica de los documentos nacionales disponibles en la base de datos Biblioteca Virtual en Salud, se utilizaron los descriptores: "humanización de la atención", "heridas y lesiones", "cuidados de enfermería". Hay fueron encuestados publicaciones en Inglés disponible en su totalidad y sin delimitación del año de publicación, debido a la dificultad de encontrar los artículos que desarrollan el tema. Resultados: Los resultados demuestran que para cuidar de una manera humana, profesionales de la salud, sobre todo enfermeras, proporcionar atención más cerca del paciente, debe ser capaz de comprenderse a sí mismo y el otro, que se extiende este conocimiento en forma de acción y tomar el conocimiento de los valores y principios que guían su acción, ya que la enfermedad va más allá de la barrera física, siendo no sólo un cambio corporal, pero sufriendo psicoemocional. Conclusão: Por lo tanto, la humanización en la atención de pacientes con heridas crónicas va mucho más allá una advertencia puramente enfocada en la ejecución de vestir. La humanización debe ser entendida en una dimensión mucho más amplia e integral con profesionales de la salud, sobre todo enfermeras, la comprensión del paciente como un ser único, y tiene demandas, sentimientos, dificultades y frustraciones derivadas de su condición.

Descritores: Humanización de la asistencia; Heridas; Lesiones; Cuidados de enfermería.

Introdução

Atualmente, o termo Humanização vem sendo utilizado para denominar novas práticas do cuidar, ou seja, uma nova maneira de olhar e prestar o cuidado ao outro, buscando uma visão holística do paciente e da realidade que o acompanha.¹

Com a criação do HumanizaSUS e seu lançamento em 2003 pelo Ministério da saúde, essa temática ganhou ainda mais força, uma vez que passa a discutir a importância da relação entre usuários e os profissionais dos serviços de saúde na busca pela valorização dessa relação no processo de saúde e promoção da qualidade de vida, gerando assim o estabelecimento de vínculos entre ambos.¹

Para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser

capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação.²

Nesse contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados. Além disso, é importante conhecer a realidade do paciente, seus valores, crenças, família e limitações e, dessa forma, apropriar-se desses conhecimentos importantes para a atuação do profissional enfermeiro.²

É importante entender o indivíduo com feridas como uma pessoa que se emociona, que tem sentimentos e desejos. Ao cuidar, a enfermagem deve integrar práticas objetivas às subjetivas, assistindo o paciente de forma integral e, então, demonstrar afeto, respeito ao sujeito e a sua família, ouvindo, mantendo um cuidado mais próximo, dialogando antes de tomar

decisões, recomendando e compartilhando conhecimentos.³

Cuidar dos pacientes com feridas implica buscar compreender a realidade, a visão de mundo, os valores e as crenças desses sujeitos, para proporcionar um cuidado adequado as suas necessidades. E, para isso, o enfermeiro precisa adotar uma postura mais dialética e menos centralizadora, compreendendo o cliente em seu contexto, entendendo suas ações.³

As feridas crônicas provocaram várias mudanças na vida do indivíduo que, a partir da patologia, teve que alterar seus padrões e estilo de vida, passando a viver em função de seu problema, renunciando algumas coisas que mais gostava e das atividades que desempenhava.⁴

A presença de uma ferida modifica o cotidiano das pessoas, sensibilizando-as emocional e fisiologicamente. Portanto, é necessário ver esse cliente

como um ser único, com suas necessidades e portador de uma realidade e de um cotidiano particular.³

Assim sendo, para melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de ferida de perna, por exemplo, é necessário amparo e estímulo para poder superar as dificuldades do ambiente na sociedade, quer seja lazer, trabalho, fortalecimento físico, psíquico e emocional.⁵

As alterações do corpo ferido, como ardência, secreção, cãimbra e dor constante, conduzem a limitações de mobilidade implicando em anulação de atividades de lazer e sociabilidade, perda de emprego, diminuição ou impedimento para realizar tarefas domésticas ou cuidar dos próprios filhos, o que faz os indivíduos perceberem-se como inválidos e discriminados.⁶

Nessas pessoas o sofrimento parece ser intensificado pela solidão, alteração da autoimagem e, sobretudo pelas rupturas das relações afetivas, a fragilização dos vínculos familiares, amorosos, de amizade e camaradagem são sucedidas por sentimentos de perda do sentido da vida, falta de perspectivas para o futuro e perda da esperança.⁶

Viver com a condição de ter uma ferida traz uma série de mudanças na vida das pessoas e por consequência na de seus familiares, surgindo dificuldades que muitas vezes nem a pessoa, a família e a equipe de saúde estão preparados para ajudar e compreender todos os aspectos que envolvem este problema.⁵

Nos serviços de saúde, os profissionais ainda não conseguem entender o ser humano na sua integralidade, muitas vezes enxergando apenas a ferida, que é "visível" e por esta razão, oferecem cuidados relacionados apenas a ela.⁴

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo reconhecer os limites e as possibilidades da humanização na assistência aos pacientes com feridas crônicas. Além disso, buscou-se identificar os fatores que limitam a humanização na assistência à pessoa com feridas crônicas e listar as possibilidades para a ampliação do cuidado humanizado; identificar os benefícios do cuidado humanizado ao portador de feridas crônicas, reconhecer de que forma a ferida crônica modifica a vida do paciente e relacionar a interferência de uma ferida crônica na qualidade de vida.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de revisão integrativa de literatura, um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas.

Para a realização do presente estudo foram contempladas algumas etapas: identificação do problema, busca de literatura para embasamento teórico, análise sistemática dos achados, delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa.⁷

A pesquisa foi realizada entre os meses de junho a agosto do ano de 2015, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que agrupa a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados para busca dos artigos, os seguintes descritores "Humanização da assistência", "Feridas", "Lesões", "Cuidados de enfermagem".

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos relacionados à temáti-

ca, artigos publicados em português e que estivessem disponíveis na íntegra, sem delimitação do ano de pesquisa em virtude da dificuldade em encontrar artigos que desenvolvessem a temática. E como critérios de exclusão: artigos que não estivessem disponíveis na íntegra, e publicações em outros idiomas e que não discutissem a temática em questão.

Após levantamento prévio na base de dados foram realizadas leituras dos títulos e resumos dos artigos com a intenção de refiná-los para a estruturação final do estudo. Nesta etapa, além de considerar os critérios de inclusão, foram excluídos da amostra os artigos repetidos e os que não se relacionavam à temática.

Resultados e discussão

A busca na base de dados BVS resultou em 43 artigos, sendo cinco deles repetidos. Após a leitura criteriosa dos artigos, 22 foram excluídos em consonância com os critérios de exclusão previamente estabelecidos. Sendo assim, a amostra configurou-se em 16 artigos que variam dos anos de 2008 até o ano de 2015 e 1 monografia.

Destes artigos dois desenvolvem a temática humanização do cuidado de enfermagem e um cuidado de enfermagem; um artigo discorria sobre o cotidiano do indivíduo com ferida crônica; oito artigos dissertavam sobre a qualidade de vida das pessoas com ferida crônica; quatro artigos tratavam a respeito da significação da ferida para seus portadores e suas representações sociais.

Sobre as dificuldades e limitações no cuidado à pessoa com ferida crônica, dois artigos abordavam tal temática; um se referia ao cuidado sobre a ótica do paciente, e um artigo tratava à cerca de estratégias da

enfermagem para promoção da autoestima, autonomia e autocuidado de pessoas com feridas crônicas.

Os dados encontrados foram categorizados da seguinte maneira: "Humanização no cuidado"; Significação da ferida crônica para o paciente; "Cotidiano e qualidade de vida do portador de feridas crônicas"; "A enfermagem como promotora da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas"; e "Limitações da humanização no cuidado".

Humanização no cuidado Segundo a Política Nacional de Humanização, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, supondo a troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.¹

Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.¹

Como humanizar corresponde a cuidar/cuidado e a enfermagem tem no eixo de sua ação o cuidar, e esse traz no seu próprio conceito a perspectiva da humanização, logo se pode inferir que o cuidado humanizado está fortemente ligado a esta profissão. Portanto, integra o universo representacional de profissionais e de usuários.⁸

No entanto, ainda se observa uma prática que prioriza o desenvolvimento da terapêutica tópica, do acom-

panhamento da cicatrização e do desenvolvimento do procedimento da técnica do curativo, em detrimento do paciente como um ser que tem necessidades e um cotidiano próprios.³

Desse modo, é necessário que se identifiquem obstáculos, presentes na área da saúde, que impeçam uma assistência digna e humana, cabendo a todos os partícipes a idealização e implementação de estratégias eficazes, tendo como meta uma assistência eficaz, resolutiva, de qualidade e humanizada.⁸

Significação da ferida crônica para o paciente

Vivemos uma época de hipervalorização da estética e da beleza, em que a imagem corporal é relacionada à juventude, vigor, integridade e saúde. A sensação de transmitir imagem negativa aos outros e a falta de autoconfiança interferem nas relações sociais.⁹

Um estudo publicado no ano de 2014, que buscou discutir as representações sociais de mulheres com feridas crônicas, concluiu que a patologia ultrapassa a barreira física, passa de apenas uma alteração corporal externa, para um sofrimento psicoemocional, causando sentimentos de tristeza, irritabilidade, isolamento, dependência e consequente baixa da autoestima, afetando diretamente a qualidade de vida das mesmas.¹⁰

A ferida crônica pode permanecer por vários anos, sendo este um dos problemas que causam nas mulheres a perda da autoestima, marcado por sentimentos de incapacidade e inutilidade que a ferida lhe causa.¹⁰

Conviver com uma pessoa com ferida crônica e perceber seu sofrimento físico e psíquico nos faz refletir que esta condição traz uma série de mudanças na vida, não apenas de

quem tem uma ferida, mas também de seus familiares que, muitas vezes, não estão preparados para compreender todos os aspectos que envolvem este problema.⁴

Carvalho, em seu estudo sobre apresentações de homens e mulheres sobre seus corpos feridos, alega que a rejeição está ancorada em reações de repulsa, nojo e afastamento, expressados por pessoas com as quais tiveram contato.⁶

Em muitos casos o odor fétido exalado pela ferida é inevitável, o que causa desconforto, vergonha e receio no paciente. Os curativos constantes, que exigem a manipulação da ferida diariamente, os questionamentos por parte dos familiares e amigos, são fatores que prejudicam a autoimagem, e dificultam o enfrentamento da realidade de ter úlcera.¹¹

Qualidade de vida das pessoas com feridas crônicas

A compreensão sobre o significado de qualidade de vida na ótica dos pacientes está na forma como se vive, e o que se faz para preservar a vida, ter uma boa alimentação, conseguir executar atividades do dia-a-dia e ter sua independência preservada.¹¹

Pesquisa realizada no ano de 2013 e que buscava identificar o impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes, apontou alguns fatores que interferem na qualidade de vida do paciente sendo eles: limitações para caminhar, realizar limpeza da casa, sair com a família, trabalhar, dirigir, cozinhar, executar função de cuidador.¹¹

As alterações físicas, sociais e trabalhistas causadas pela presença de uma ferida crônica interferem de forma significativa na diminuição da qualidade de vida da pessoa com

ferida crônica. Ela fragiliza e muitas vezes incapacita o ser humano para diversas atividades, em especial para as laborativas.⁵

Neste contexto o trabalho interfere de forma direta na qualidade de vida das pessoas com ferida crônica, estando relacionada muitas vezes à dor causada pela ferida, no retardamento da cicatrização, propiciando alterações do dia-a-dia.⁵

É limitante conviver com a lesão crônica, uma vez que ela traz dependência excessiva para realizar diversas atividades; um dos exemplos é a dificuldade para a realização dos curativos, necessitando de pessoal e transporte disponíveis para tal.⁹

A partir do momento em que a vida diária do indivíduo é alterada pela presença de uma ferida crônica, ocorre uma predisposição do indivíduo em desenvolver um quadro de tristeza, isolamento e até depressão, fatos estes que colaboram para a diminuição da qualidade de vida.⁹

Um estudo realizado no ano de 2010, que buscava analisar a percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade, revelou que nesses sujeitos a função sexual não está preservada, visto que eles referiram ausência total de atividade sexual, devido à presença da ferida.¹²

O referido estudo revelou também que as mudanças ocorridas na vida sexual dos pesquisados não se limitam a ausência de sexo, ressalta-se, aqui, a rejeição e o abandono por parte do parceiro. Alguns aspectos podem ser apontados como responsáveis pelas modificações na vida sexual, sendo eles a dor, o odor, o curativo e a secreção.¹²

A integração e o preparo familiar são fundamentais na constituição de suporte emocional ao paciente, uma vez que o indivíduo com ferida crô-

nica passa por muitas situações de enfrentamento na sua rotina, que podem levar ao desmotivamento.¹³

Essas redes de apoio têm significado importante para a obtenção do comprometimento e da inclusão dos indivíduos no planejamento de seus cuidados, garantindo os subsídios necessários para a autoestima, autonomia e autocuidado.¹³

O portador de ferida crônica precisa, desta forma, estar em um ambiente ancorado em ingredientes como apoio, incentivo, carinho e amor para que aceite a contribuição da família no seu tratamento.⁴

No que concerne aos aspectos econômicos que envolvem a vida da pessoa com ferida crônica, um artigo publicado no ano de 2013 ressalta que a ferida provoca alterações sobre a dinâmica familiar, requerendo uma reorganização de papéis, uma vez que demandará a incorporação de uma rotina em torno do cuidado dispensado a essa pessoa. Nesse sentido, o ambiente e as pessoas se adaptarão aos poucos para garantir o curativo diário, ou semanal, dependendo da terapia elegida, ou do deslocamento desta pessoa e sua família ao serviço de saúde em busca de atendimento.⁶

A existência da ferida crônica exigirá a dispensação de recursos que antes eram destinados à manutenção da família e que passam a ser desviados para oferecer cuidado ao seu membro enfermo.⁶

A presença da ferida gera uma situação de dependência financeira para suprir as demandas materiais, principalmente em famílias nas quais a mulher é a única provedora. A ausência de familiares que colaborem economicamente, somado à incapacidade de trabalho, leva, muitas vezes, à dependência de auxílios so-

ciais ou à necessidade de ajuda de terceiros para sua sobrevivência e de seus familiares.¹⁰

A enfermagem como promotora da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas

A equipe de enfermagem desenvolve um papel importante no cuidado ao paciente com feridas crônicas, uma vez que em sua rotina de trabalho a realização de curativos e uso de coberturas é uma atividade que se faz presente em sua prática assistencial. Dessa maneira, o cuidado privativo e o tratamento curativo feito de forma humanizada e holística do paciente são essenciais na minimização de fatores como baixa autoestima e autonomia prejudicada, que contribuem para uma perda da qualidade de vida da pessoa com ferida.¹³

A assistência prestada, principalmente pelos profissionais de enfermagem, representa um ponto fundamental no tratamento da pessoa com ferida crônica, uma vez que o contato direto possibilita que o profissional além de cuidar da lesão possa oferecer um suporte mais abrangente no que concerne a situações que possam interferir na continuidade do tratamento, além de apoio psicológico e emocional.¹⁴

A pessoa com ferida crônica precisa estar ciente da ferida que possui e da importância do tratamento. E essa conscientização acontece quando há uma aproximação entre a enfermagem e o paciente, em que este deixa de se sentir solitário, ou como alguém com uma patologia.¹⁴

O diálogo se constitui como uma ferramenta importante na proximidade entre enfermeiro e paciente, já que o paciente poderá expressar as

dificuldades encontradas no seu dia-a-dia, seus anseios e insatisfações ao longo do tratamento.¹³

Dentre os artigos analisados nenhum abordava de forma direta o cuidado humanizado no cuidado a pacientes com feridas crônicas, porém alguns artigos traziam a temática de forma indireta ao passo que abordavam as dificuldades enfrentadas no cuidado a indivíduos com feridas e o cuidado humanizado na enfermagem.

Limitações da humanização no cuidado

Na enfermagem, a humanização passa desde os níveis assistenciais, a gestão e políticas públicas, uma vez que é essencial identificar obstáculos, na área da saúde, que inviabilizem a assistência digna e humana.⁸

Um artigo publicado em 2010 aponta que um dos limitantes da humanização no processo de cuidado da enfermagem está atrelado à sobrecarga de funções e de atividades, muitas vezes, com jornada dupla ou tripla de trabalho, geradoras de estresse físico e emocional, que parecem vir na contramão da humanização da assistência, tendo em vista que para oferecer ambiência de cuidado digno, há de ter ambiência de trabalho digna.¹⁵

Um dos fatores apontados como dificultadores do cuidado de enfermagem é a falta de insumos para realização dos curativos, fato que interfere significativamente na qualidade na assistência de enfermagem.¹⁶

Em muitas instituições, há falta de condições técnicas, de atualização, de recursos materiais e humanos, o que, por si só, torna o ambiente de trabalho desumano. Admite-se, neste contexto, um profissional numa situação frágil para humanizar suas ações de cuidado.¹⁵

Existe uma vasta gama de produtos e instrumentos disponíveis no mercado, porém não necessariamente ao alcance dos profissionais de saúde, o que pode trazer implicações à qualidade do cuidado direcionado às pessoas com feridas.¹⁷

Um multifacetado e exaustivo cotidiano composto por diversificadas tecnologias e formas de organização do trabalho são responsáveis pelo estresse ocupacional do trabalhador em enfermagem.¹⁵

Exige-se destes profissionais a dedicação no desempenho de suas funções, o que aumenta a possibilidade de ocorrência de desgastes emocionais em altos níveis de estresse, tornando-os vulneráveis à cronificação do estresse ocupacional que se denomina de Síndrome de Burnout (SB).¹⁸

Outro ponto abordado apontado pelo estudo refere-se à falta de comunicação entre a equipe de saúde refletindo de forma prejudicial no cuidado interdisciplinar.¹⁷

É importante destacar que o trabalho interdisciplinar com médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionais, quando de fato envolve a participação e comunicação efetiva de todos os profissionais, diminui a possibilidade de que sejam tomadas condutas diferenciadas em uma mesma situação de cuidado.¹⁷

A interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma forma de abordar determinadas situações ou problemas por meio da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas, gerando uma intervenção, uma ação comum, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional.¹⁹

Conclusão

Através deste estudo pode-se perce-

ber que a humanização no cuidado a pacientes com feridas crônicas vai muito além de um cuidado voltado para a realização de curativos. A humanização deve ser entendida numa dimensão muito mais ampla e abrangente com o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, compreendendo o paciente como um ser único, e que possui demandas, sentimentos, dificuldades e frustrações trazidas pela sua condição.

O cuidado humanizado acontece a partir do momento que o profissional de saúde se dispõe a ultrapassar as barreiras do cuidado tecnicista, embora, muitas vezes, a jornada de trabalho e a falta de recursos acabem dificultando, mas não inviabilizando, o cuidado mais humanizado.

Melhores condições de trabalho contribuem para uma melhor qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde, o que reflete de forma direta no cuidado humanizado. Diante disso, a oferta de materiais necessários para realização procedimentos e/ou curativos, e estrutura física adequada para realização dos cuidados, contribuem para que ocorram da maneira mais humana possível.

A criação de grupos de apoio para pessoas com feridas crônicas e seus familiares possibilitaria a interação destes com pessoas que vivenciam as mesmas dores, angústias, anseios e dificuldades na busca por apoio e compreensão.

A participação de uma equipe multiprofissional é de suma importância no tratamento da pessoa com ferida crônica, visto que a mesma apresenta demandas que vão além da ferida. Daí a necessidade de uma equipe integralizada no cuidado holístico ao paciente.

Algumas limitações foram encontradas ao longo da execução do

referido artigo, dentre elas, a falta de publicações atuais referentes à temática. Tal fato deve servir de incentivo para que outros profissionais de saúde se sensibilizem sobre a importância da temática ser discutida

e para o desenvolvimento de pesquisas que colaborarão para uma melhor compreensão do cuidado humanizado em pacientes com feridas crônicas, visto que possuir uma ferida desse tipo interfere em todos

os âmbitos da vida desses indivíduos. Cabe aos profissionais identificar esses fatores e está sensibilizado para tal situação a fim de prestar um cuidado que ultrapasse o limite puramente técnico. ■

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humanização Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília; 2004.
2. Reis ER. A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da estratégia saúde da família. [Dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2010 [citado 11 ago. 2015]; 143p. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/eps-4289>
3. Alcoforado CLGC, Santo FHE. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. Revista Mineira de Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 9 ago. 2015]; 16(1): 11-17. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/494doi:1415-27622012000100002>
4. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliani A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2011 [citado 8 ago. 2015]; 20(4):691-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>
5. Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. Cienc. enferm. [Internet]. 2008 [citado 9 ago. 2015]; 14(1): 43-52. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100006doi: 10.4067/S0717-95532008000100006, n. 1, p. 200-207v. 11, n
6. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício EC. Corpos estranhos, mas não esquecidos: representações de mulheres e homens sobre seus corpos feridos. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 [citado 8 ago. 2015]; 66(1): 90-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100014
7. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paul. enferm. [Internet]. 2009 [citado 9 ago. 2015]; 22(4): 434-438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400014&script=sci_arttextdoi: 10.1590/S0103-21002009000400014
8. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 [citado 09 jul. 2015]; 66(4): 564-570. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400015&script=sci_arttext doi: 10.1590/S0034-71672013000400015
9. Lara MO, Pereira Júnior AC, Pinto JSF, Vieira NF, Wicher P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. Cogitare Enferm. [Internet]. 2011 [citado 8 ago. 2015]; 16(3):471-7. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/20178/16232>. Doi: 10.5380/ce.v16i3.20178
10. Alves RM, Carvalho ESS, Santos IM, Oliveira JF, Araújo EM. Ser mulher e ter o corpo ferido: um estudo de representações sociais. Rev. pesqui. Cuid. Fundam. [Internet]. 2014 [citado 10 ago. 2015]; 6(4):1513-1524. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2693/pdf_983doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1513-1524
11. Soares PPB, Ferreira LA, Gonçalves JRL, Zuffi FB. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. Rev. enferm UFPE online. [Internet]. 2013 [citado 08 jul. 2015]; 7(8):5225-31. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/educatele/cursos/arquivos/impacto-das-ulceras-arteriais-na-qualidade-de-vida-sob-a-percepcao-dos-pacientes doi: 10.5205/reuol.3452-28790-4ED.0708201321>
12. Souza MKB, Matos IAT. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. [Internet]. 2010 [citado 07 ago. 2015]; 18(1):19-24. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a04.pdf>
13. Bedin LF, Sehnem GD, Silva FM, Poll MA. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 [citado 10 jul. 2015]; 35(3):61-67. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43581/31508 doi: 10.1590/1983-1447.2014.03.43581>
14. Silva ES. Feridas crônicas: conhecimento e importância do tratamento sob a ótica do paciente. [Monografia na Internet]. Cachoeira: Faculdade Adventista da Bahia. 2011 [citado 09 ago. 2015]; 64:1513-1524. Disponível em: http://www.adventista.edu.br/_imagens_pos_graduacao/files/TCC%20coleta%20de%20dados%20-%2016_02_2011%20-%20NEIDE.pdf
15. Fontana, RT. Humanização no processo de trabalho da enfermagem: uma reflexão. Rev. Rene. [Internet]; 2010 [citado 11 jul. 2015] 11(1):200-207. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364/pdf>
16. Reis DB, Peres GA, Zuffi FB, Ferreira LA, Dal Poggetto MT. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2013 [citado 8 ago. 2015]; 17(1):101-6. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/582. doi: 10.5935/1415-2762.20130009>
17. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM. Limites e possibilidades vivenciados por enfermeiras no tratamento de mulheres com úlcera venosa crônica. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 [citado 09 jul. 2015]; 48(spe): 53-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000700053&script=sci_arttext&lng=pt. doi:10.1590/S0080-62342014000700053
18. Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. Texto contexto enferm. [Internet]. 2011 [citado 9 jul. 2015]; 20(2): 225-233. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200002&script=sci_arttextdoi: 10.1590/S0104-07072011000200002
19. Sehnem GD, Busanello J, Silva FM, Poll MA, Borges TAP, Rocha EM. Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. Cienc. Cuid. Saude. [Internet]. 2015 [citado 11 jul. 2015]; 14(1):839-846. Disponível em: http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20949/pdf_292 doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i1.2094

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:

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

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. Este 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 hidrocoloides; 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 n reporta para a necessidade do profissional esteja 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 respieito 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 bactecida and bacteriostatic agent for controlling the infection in wounds. The study aimed to carry out a literature review on the toppings 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 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; hidrocolooides 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.

Descriptor: Apósitos, Plata, Cicatrización de Heridas.

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 aquelas 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 ambos.⁶

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.

Metodologia

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 pe-

riódicos 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 feridas.⁷ 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; esta se liga a proteínas na superfície da célula, apresentando efeito antimicrobiano.⁷ 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 exibem 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. Sobre a 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 pela Vigilância Sanitária. A variedade de opções de coberturas

envolve o uso de sulfadiazina, carvão ativado, alginato, hidrofibras, espumas, hidrocoloides, 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 indolor.¹² 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 argiria - 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 creme.¹³

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 microorganismos, auxiliando no controle da infecção da ferida. Porém, o carvão não pos-

sui 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 úmidas.¹⁴

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 / poliamida.¹¹ 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 Hidrocoloides

As espumas e os hidrocoloides 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 à água e à microorganismos e permeável à vapor de água e gases. Devido à sua estrutura altamente porosa e 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 hidrocoloides são compostos por uma camada interna autoadesiva hipoalergênica contendo hidrocoloides, poli-isobutileno e conservantes, uma camada externa de filme de poliuretano, um liner e a prata. Quando em contato com o exsudato da ferida, a matriz elastomérica 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 sua respirabilidade e provendo uma barreira à entrada de microorganismos. A prata presente na superfície das fibras do tecido combate os microorganismos 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 microorganismos, incluindo bactérias e fungos.¹⁵

2. Prata nanocristalina

Nesse grupo temos o produto Acticoat®. Embora a prata nanocristalina tenha como benefício a eficácia elevada devido à 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, que no contato dérmico podem, inclusive, atingir o sistema linfático.¹⁷

Tecnologias não disponíveis no Brasil

1. Hidrogel

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

2. Filmes

Curativos adesivos transparentes contendo prata, permeáveis a gases

e vapores úmidos e impermeáveis a líquidos e bactérias. Indicado como curativo primário para situações em que houve ruptura da epiderme e para 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 contêm 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

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 hidrocoloides), curativos para proteção da ferida e que atuam como barreira à entrada de microorganismos (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, VLCG. 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 VLCG. 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, póp12
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.; Hameed, 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.

Visite o principal
evento da saúde
das Américas

Feira#Fórum
Hospitalar

17-20
maio
2016

23ª Feira Internacional de Produtos,
Equipamentos, Serviços e Tecnologia
para Hospitais, Laboratórios, Farmácias,
Clínicas e Consultórios

Expo Center Norte
SÃO PAULO

CREDECIE-SE GRÁTIS. ACESSE:
hospitalar.com



Tel.: (11) 4878.5988

E-mail: comercial@hospitalar.com.br

Siga-nos:  /hospitalar •  @hospitalarfeira

Realização



UBM

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